



Conseil économique et social

Distr.: GÉNÉRALE
23 décembre 1999

Original: ANGLAIS

Commission des stupéfiants

Quarante-troisième session

Vienne, 6-15 mars 2000

Point 4 (b) de l'ordre du jour provisoire*

Réduction de la demande illicite de drogues

Situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues

Situation mondiale en ce qui concerne l'abus des drogues

Note du Secrétariat

Résumé

Le présent rapport est fondé sur les données fournies par les 112 pays qui ont répondu au questionnaire destiné au rapport annuel du PNUCID pour l'année 1998, ainsi que sur un certain nombre d'informations complémentaires. Trente et un pays, représentant l'Afrique, l'Asie, l'Europe et le continent américain, ont fait état d'une recrudescence de l'héroïnomanie. Aux États-Unis, l'abus d'héroïne semble en légère augmentation depuis 1992. En Europe comme aux États-Unis, l'aggravation de l'héroïnomanie s'est accompagnée d'une multiplication des modes d'administration autres que l'injection (on la fume en Europe, mais on la prise aux États-Unis). Trente pays ont signalé une progression de l'abus de stimulants du type amphétamine. L'augmentation générale des abus de méthamphétamine en Asie du Sud-est, notamment en Thaïlande, est particulièrement préoccupante. On signale également une progression de l'abus d'amphétamines dans plusieurs pays de l'Union européenne. Le nombre de pays touchés par les toxicomanies par injection et où le VIH continue de se propager parmi les toxicomanes ne cesse de croître. Les pays en développement sont devenus hautement vulnérables à l'abus des drogues, ce qui fragilise encore davantage leurs infrastructures sociales et sanitaires déjà précaires. Dans de nombreux pays (notamment dans la Fédération de Russie et les pays limitrophes, ainsi qu'en Europe de l'Est et du Centre et en Asie), la propagation du VIH a déjà pris -ou risque de prendre- un caractère épidémique parmi les toxicomanes par injection. Dans certains pays, le nombre de cas d'hépatite C et de mortalité (dus notamment à des surdoses) chez les toxicomanes par injection est également préoccupant. Si les systèmes de collecte des données se sont améliorés dans certaines régions du monde, il reste encore beaucoup à faire pour pleinement comprendre les schémas, les tendances et l'ampleur du problème de l'abus des drogues. Pour faciliter cette tâche, la mise au point d'indicateurs normalisés serait particulièrement utile dans les pays en développement, de même que la mise au point d'exercices visant à développer leurs capacités.

* E/CN.7/2000/1.

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction.....	1-4	3
II. Nouvelles tendances de l'abus de drogues.....	5-21	3
A. Héroïne	6-11	3
B. Abus d'amphétamine et de métamphétamine	12-17	4
C. Cocaïne	18-19	6
D. Cannabis	20-21	7
III. Prévalence de l'abus de drogues chez les jeunes: mondialisation des modes culturelles et de l'abus de drogues	22	7
IV. L'injection de drogues et les maladies à diffusion hémotogène.....	23-47	7
A. Virus de l'immunodéficience humaine	23-40	7
B. Hépatite C	41-43	11
C. Surdoses et mortalité.....	44-47	11
V. Collecte des données.....	48	12
Annexe Données sur les tendances des abus et rapports par pays.....		14
Figures		
I. Tendances des abus en 1998		5
II. Demandes de premier traitement enregistrées à Varsovie entre 1995 et 1998 pour abus de stupéfiants		5

I. Introduction

1. Le présent rapport sur les tendances et les schémas de la consommation illicite de drogues nous fournit, à l'aube du nouveau siècle, l'occasion de réfléchir aux problèmes posés par la demande de drogues dans le monde. Il traite des problèmes clés révélés par l'examen de la situation aux niveaux national, régional et mondial.

2. Cette analyse se fonde sur les données fournies par les pays qui ont rempli le questionnaire destiné aux rapports annuels du PNUCID, conformément à l'obligation contractée en vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. En 1998, 112 pays se sont acquittés de cette obligation, ce qui constitue un net progrès par rapport aux années antérieures (80 en 1996 et 83 en 1997). Toutefois, comme l'indiquent les données ci-après, on manque souvent d'informations détaillées sur les modalités de l'abus de drogues. Il est intéressant de constater que la moitié environ des pays qui ont rempli les sections du questionnaire relatives à la réduction de la demande n'ont pas été en mesure de préciser si, pour les drogues qui font le plus couramment l'objet d'abus, la tendance était à la hausse, à la baisse ou à la stabilité.

3. Le fait que certains pays n'aient pu remplir certaines sections du questionnaire sur l'abus de drogues ne signifie pas forcément qu'ils ne disposent pas des renseignements nécessaires. Souvent, ils disposent d'informations lacunaires qui peuvent compliquer la collecte et l'analyse des données. Par exemple, le groupe "ecstasy" n'est pas adéquatement traité. D'autres problèmes se posent quand les variables utilisées dans le questionnaire ne reflètent pas la pratique la plus courante. De ce fait, même quand les pays disposent de données sur un thème spécifique, il leur est parfois difficile de fournir les informations demandées sous la forme requise. En conséquence, la Commission souhaitera peut-être entreprendre la révision du questionnaire servant à l'élaboration des rapports annuels.

4. Dans le souci de présenter un compte rendu fiable de la situation actuelle en matière d'abus de drogues, les données extraites des questionnaires ont été complétées par d'autres informations pertinentes, conformément aux décisions prises par la Commission à sa quarantième session¹.

II. Nouvelles tendances de l'abus de drogues dans le monde

5. Dans leurs réponses annuelles au questionnaire, les pays sont priés d'indiquer simplement les tendances. Les renseignements fournis sur les stimulants du type

amphétamine, la cocaïne, le cannabis et l'héroïne sont résumés à la figure I et détaillés aux tableaux 1 à 4, en annexe du présent rapport.

A. Héroïne

6. Dans leur réponse au questionnaire, 31 pays (64% des répondants) ont déclaré que l'héroïnomanie s'était aggravée en 1998; 7 (15%) n'ont signalé aucun changement et 10 (21%) ont affirmé qu'elle avait régressé pendant la période considérée. Six pays africains ont signalé une recrudescence de l'héroïnomanie, ce qui confirme les autres preuves déjà recueillies quant à la progression de l'abus d'héroïne sur le continent. Le réseau épidémiologique sud-africain (SACENDU)² a indiqué que les demandes de traitement émanant d'héroïnomanes avaient augmenté en 1998 et que l'âge moyen des patients avait baissé. Toutefois, la demande de traitements spécialisés émanant d'héroïnomanes ne représentait que 5% à 6% du total des demandes enregistrées au Cap et à Gauteng. Le mode d'administration le plus répandu consiste à fumer l'héroïne, mais certains toxicomanes pratiquent sporadiquement l'injection. On signale également des abus d'héroïne au Kenya, au Nigéria, au Ghana, en Jamahiriya arabe libyenne, à l'Île Maurice, au Maroc, en République unie de Tanzanie et au Zimbabwe. Si l'héroïnomanie semble progresser dans certaines régions d'Afrique, les taux relatifs de prévalence demeurent, semble-t-il, assez bas, encore que marqués par de grandes variations entre les différentes régions. Quoi qu'il en soit, les progrès de l'industrialisation, les problèmes politiques, l'impact des voies d'acheminement empruntées par les trafiquants, les mouvements de population et le tourisme laissent présager une aggravation du problème. La question se pose également de savoir s'il existe, en Afrique, un risque d'augmentation des toxicomanies par injection. Mais vu les tabous culturels qui, dans de nombreux pays, s'opposent à ce mode d'administration, on ne peut prévoir avec certitude une progression spectaculaire de ce type de toxicomanie³.

7. Certains pays industrialisés qui ont déjà été confrontés dans le passé à des problèmes d'héroïnomanie craignent une recrudescence de la consommation d'héroïne. Des informations émanant, pour l'essentiel, des États-Unis et, dans une moindre mesure, du Royaume-Uni, viennent étayer cette crainte. Aux États-Unis, l'héroïnomanie progresse depuis 1992. Le nombre estimatif des héroïnomanes est passé de 68 000 (moins de 0,1% de la population), en 1993, à 325 000 (0,2 % de la population) en 1997⁴. D'après le Community Epidemiology Working Group (CEWG)⁵ des États-Unis, les indicateurs de l'abus d'héroïne ont révélé une augmentation constante dans 12 agglomérations soumises à sa juridiction au cours de la période 1997-1998. Dans certaines régions, les

indicateurs ont révélé une tendance à la hausse pendant plus de trois années consécutives. Au cours de cette période, la plus forte hausse (63%) a été enregistrée à Miami. Ailleurs, la situation était moins claire. Dans sept autres agglomérations relevant du CEWG, la situation est demeurée relativement stable en 1998, mais dans la plupart d'entre elles, c'est au cours de la précédente période de recensement que des augmentations avaient été enregistrées.

8. La plus grande pureté de l'héroïne commercialisée aux États-Unis s'est accompagnée d'une progression du mode d'administration par voie nasale, surtout chez les jeunes toxicomanes. Parmi les héroïnomanes traités à New York et à Newark (dans le New Jersey) en 1998, ce mode d'administration était plus fréquent que les injections. Certes, priser l'héroïne ne présente pas les mêmes risques d'infection que l'injection, mais le fait que la société tolère plus facilement ce mode d'administration fait craindre que cela ne rende la drogue plus attrayante aux yeux d'un plus grand nombre de jeunes gens. On peut également craindre que les héroïnomanes chroniques ne soient, à la longue, tentés par l'administration par voie intraveineuse, considérée comme plus efficace.

9. D'une manière générale, l'abus d'héroïne semble relativement stable en Europe. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) signale toutefois qu'une progression de l'héroïnomanie a été observée dans plusieurs pays européens en 1998⁶. C'est surtout la pratique consistant à fumer l'héroïne qui a progressé, ce qui montre bien que ce comportement, urbain à l'origine, s'étend désormais aux zones rurales. L'OEDT note aussi qu'en raison des lacunes structurelles de la plupart des indicateurs (ainsi, les données consignées dans les registres des centres de traitement révèlent généralement un décalage de plusieurs années entre la prise de drogue initiale et la première demande de traitement d'un patient), les séries d'informations courantes risquent, à court terme, de ne pas fournir une image vraiment fiable des nouvelles tendances de l'héroïnomanie.

10. Les informations en provenance de l'Europe du Centre et de l'Est donnent également à penser que, de plus en plus, on se met à fumer l'héroïne. Dans son étude de 1997 sur les premières demandes de traitement, étude qui couvre 23 agglomérations européennes, notamment en Europe centrale et orientale, le Conseil de l'Europe note que "le stéréotype du toxicomane qui s'injecte sa drogue disparaît et que la pratique consistant à fumer l'héroïne (« chasser le dragon ») gagne du terrain partout en l'Europe"⁷. Dans sept des agglomérations étudiées, la proportion des héroïnomanes ne pratiquant pas l'injection a augmenté entre 1996 et 1997. La Figure II illustre cette tendance à Varsovie. Par tradition, les héroïnomanes

polonais fabriquaient à partir de paille de pavot un opiacé local connu sous le nom d'« héroïne polonaise ». Mais depuis 1995, le nombre des demandes de traitement émanant d'utilisateurs d'héroïne importée a augmenté et la majorité des usagers la fument. En 1998, pour la première fois, les fumeurs d'héroïne constituaient le plus grand nombre des patients inscrits pour un premier traitement.

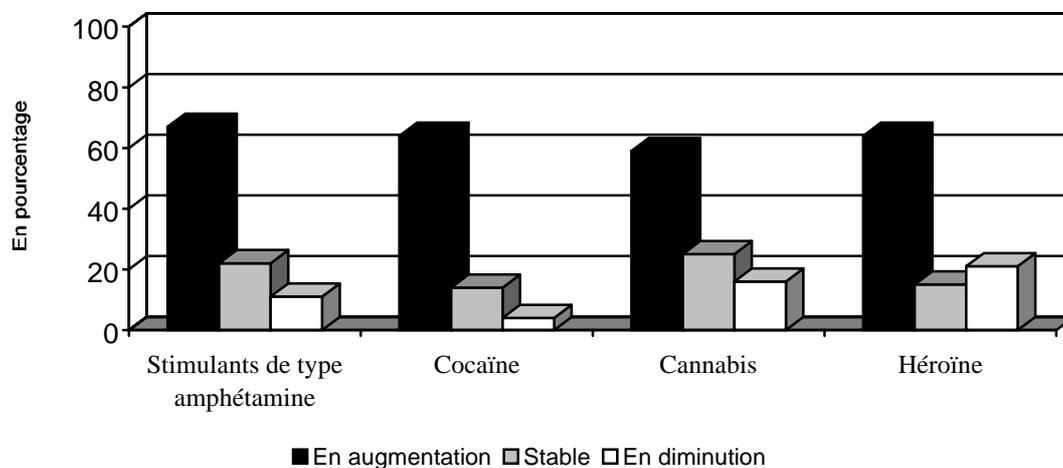
11. En Asie, 11 pays ont, eux aussi, signalé une recrudescence de l'héroïnomanie en 1998 (Annexe, tableau 1). Les héroïnomanes, qu'ils fument ou s'injectent la drogue, sont désormais les toxicomanes-types dans nombre de pays de l'Asie du Sud et de l'Est. Dans certains pays, l'héroïne semble avoir supplanté l'opium (par exemple à Hanoï, au Viet Nam)⁸. Ailleurs, elle s'inscrit dans un schéma de polytoxicomanie. Les héroïnomanes peuvent aussi consommer couramment de la péthidine, de la dihydroéthorphine, de la morphine (Chine) et de la buprénorphine (Bangladesh, Inde, Pakistan)⁸.

B. Abus d'amphétamine et de méthamphétamine

12. Trente pays ont signalé une aggravation de l'abus de stimulants du type amphétamine (STA) en 1998. L'expression "stimulants du type amphétamine" est utilisée sans beaucoup de précision; sous sa forme actuelle, le questionnaire destiné aux rapports annuels ne couvre pas adéquatement ces types de drogues. Dans le présent contexte, cette expression constitue un raccourci commode couvrant un ensemble de drogues, dont les plus notoires sont l'amphétamine, la méthamphétamine et le groupe ecstasy. On trouvera au tableau 2, en annexe, des données sur la progression de l'abus des STA en 1998.

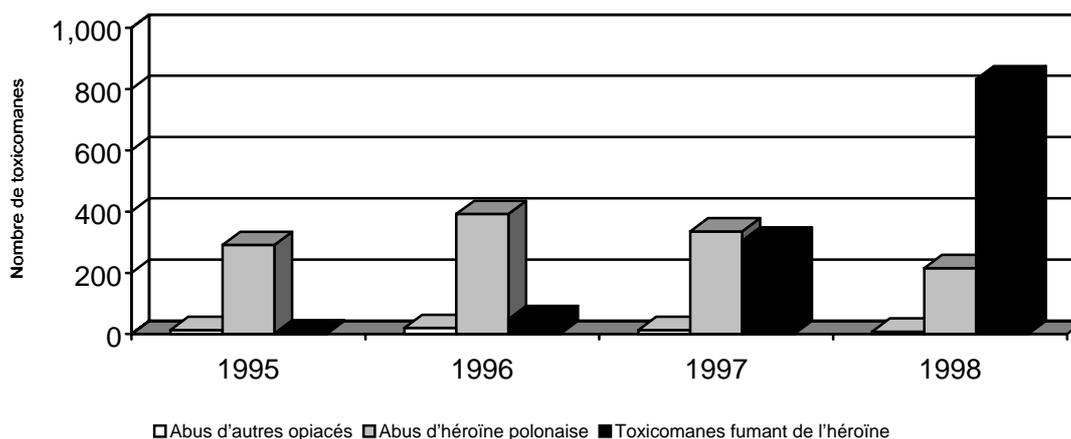
13. Les données en provenance de l'Union européenne donnent à penser qu'après le cannabis, les amphétamines restent les plus usitées (en termes de prévalence à vie) des drogues objets d'abus. Sous l'effet de modes culturelles, la tendance dominante, surtout chez les jeunes, est à la progression continue de l'offre et de l'abus de drogues. Dans certains pays (essentiellement en Europe septentrionale) on trouve de petits groupes de consommateurs chroniques (souvent par injection). L'Ecstasy (MDMA et analogues) semble connaître encore une certaine vogue, mais sa progression n'est plus aussi évidente qu'au début des années 90, et il semblerait même que, dans certains pays, l'abus se soit stabilisé ou ait décliné dans certains cas. Cela ne signifie pas pour autant que les consommateurs d'ecstasy ont abandonné la consommation de stimulants; il se peut que certains soient passés à l'usage d'autres drogues, amphétamines ou cocaïne.

Figure I
Tendance des abus en 1998



Source: Questionnaire servant à la compilation des rapports annuels

Figure II
Demandes de premier traitement pour abus de stupéfiants enregistrées à Varsovie entre 1995 et 1998



Source: Sieroslawski, J., *Organiczenie Ulywania Sybstancji Psychoklywnych (Abus de drogues et problèmes sanitaires connexes)*, in *Alkoholizm i Narkomania*, vol. 2, No. 35 (1999).

14. À de rares exceptions près, les consommateurs d'amphétamines ne fréquentent guère les centres de traitement. Sur les 23 agglomérations européennes couvertes par la série de données établie en 1997 (*European Multi-city data set*)⁷, une seule, Prague, a signalé une prédominance des consommateurs d'amphétamine (50% environ du total des demandes de premier traitement). Varsovie a été la seule autre ville à signaler des problèmes liés à la consommation d'amphétamines (environ 15% de toutes les demandes de premier traitement). La vogue croissante de l'amphétamine dans les pays de l'Union européenne contredit les constatations faites aux États-Unis. Une étude (Monitoring the Future) menée aux États-Unis en 1997-1998 indique un déclin chez les collégiens de dixième année. L'abus de stimulants a diminué depuis deux ans chez les collégiens de huitième année et s'est stabilisé chez ceux de douzième année. Pour ces groupes, les taux de prévalence de l'année précédente se situaient entre 7 and 11 %. Pour l'ensemble de la population, les indicateurs concernant la méthamphétamine étaient mitigés, suggérant une situation relativement stable. Le tableau était moins clair en ce qui concerne les indicateurs du groupe ecstasy. Des données récentes donnent à penser que l'abus des substances du groupe ecstasy a modérément progressé aux États-Unis⁹.

15. Les données en provenance de l'Australie ne donnent pas une image très claire de la situation ; d'après certains indicateurs, il semble que l'abus d'amphétamines se soit stabilisé ou ait même décliné. Là encore, c'est peut-être la vogue croissante de la cocaïne qui en serait la cause¹⁰.

16. Dans certains pays du Sud-Est asiatique, les abus de méthamphétamine posent des problèmes depuis de nombreuses années déjà, mais son impressionnante progression au cours des dernières années a mobilisé l'attention et constitue désormais pour les pouvoirs publics un grave sujet de préoccupation. L'abus de méthamphétamine n'est certes pas nouveau. Le problème se posait déjà pendant la Seconde Guerre mondiale au Japon, dès 1970 en Corée du Sud et vers le milieu des années 80 aux Philippines et dans la province de Taiwan, en Chine. Depuis quelques années, le problème semble avoir pris de l'ampleur dans la région et les taux de prévalence ont augmenté dans les pays qui se trouvent confrontés depuis longtemps à l'abus de cette substance. Il a été établi que l'abus de méthamphétamine progressait en Malaisie. Aux Philippines, la méthamphétamine, localement appelée «shabu», est principale la drogue objet d'abus. Les taux de prévalence augmentent également à Singapour ; selon certaines informations, le problème s'aggraverait aussi au Brunéi Darussalamet au Viet Nam.

17. En Thaïlande, on enregistre depuis plusieurs années déjà une augmentation des abus de méthamphétamine.

D'après les estimations de l'Office de contrôle des stupéfiants, l'abus global de stupéfiants aurait quadruplé en 1998, selon les pouvoirs publics¹¹. Pour simplifier, deux schémas d'abus apparaissent. D'une part, la méthamphétamine est la drogue de prédilection de certaines catégories professionnelles (employés des transports, travailleurs du sexe, marins et ouvriers de la construction) car elle leur permet de supporter un travail et des horaires accablants. Cette forme de dopage par abus de stimulants ne date pas d'hier en Thaïlande, où l'abus de stimulants de type amphétamine par les chauffeurs routiers a déjà suscité de vives inquiétudes dans le passé. D'autre part, la méthamphétamine fait de plus en plus d'adeptes parmi les jeunes, en particulier chez les étudiants. Les échantillons scolaires indiquent une légère progression des taux de prévalence, qui sont passés de 1,16%, en 1996, à 1,4%, en 1999. Cela n'indique pas forcément pour autant une hausse sensible de l'abus de méthamphétamine chez les jeunes thaïlandais. Les schémas d'abus révèlent aussi des variations géographiques et le problème semble plus grave dans le nord du pays, où parvient une bonne partie de la méthamphétamine importée. La vogue croissante de la méthamphétamine chez les jeunes se traduit par une augmentation alarmante du nombre des moins de 18 ans qui comparaissent devant des tribunaux familiaux pour possession de cette substance : il est passé de 119, en 1995, à 7 726, en 1998.

C. Cocaïne

18. Dans leurs réponses au questionnaire destiné au rapport annuel de 1998, 34 pays ont signalé une augmentation (voir tableau 3 en annexe). Les États-Unis rapportent qu'en 1997, 1,5 millions d'Américains (soit 0,7% des plus de 12 ans) déclaraient avoir consommé illicitement de la cocaïne ; c'est nettement moins qu'en 1985, où ils atteignaient le chiffre record de 5,7 million (3%). À l'heure actuelle, le tableau n'est pas très clair. Selon le groupe de travail épidémiologique, il semblerait que les indicateurs de consommation de crack/cocaïne aient augmenté dans 10 villes, se soient stabilisés dans 8 autres et aient décliné dans 2. L'augmentation des abus constatée dans 10 villes est surprenante car, depuis plusieurs années, les indicateurs restaient stables. Selon certaines informations, il semblerait que la vogue de la cocaïne gagne du terrain en Australie et en Europe.

19. Dans l'Union européenne, certains indicateurs révèlent une augmentation régulière du marché de la cocaïne, avec, toutefois, des variations géographiques marquées. C'est surtout dans les grandes agglomérations que l'offre de cocaïne semble la plus abondante, ainsi que dans les villes où sont concentrés un nombre relativement important d'utilisateurs d'autres drogues, comme Londres

et Amsterdam, par exemple. D'après des données récentes en provenance du Royaume-Uni¹², la proportion de cocaïnomanes dans le groupe d'âge des 16-29 ans est passée de 1%, en 1994, à 3%, en 1998. Une progression disproportionnée de la cocaïnomanie a été observée à Londres et dans d'autres grandes villes anglaises où les taux de prévalence ont considérablement augmenté. Amsterdam semble être la seule ville d'Europe à déclarer un nombre important de demandes de traitement pour des problèmes liés à la cocaïnomanie. En 1997, 37,5% des demandes de premier traitement émanaient de cocaïnomanes⁷, mais ces données ne concernant que des patients ambulatoires, la comparaison avec les données provenant d'autres villes s'en trouve compliquée.

D. Cannabis

20. Dans leurs réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels, 38 pays signalent une recrudescence de l'abus de cannabis (tableau 4 en annexe). Cela vaut pour la plupart des régions géographiques car le cannabis est la plus en vogue des substances illicites dans un nombre croissant de pays. En outre, les taux de prévalence sont souvent bien plus élevés que pour d'autres drogues, de même que le nombre des personnes qui reconnaissent en être des consommateurs réguliers. Les estimations de prévalence annuelle dans le monde varient ; elles sont généralement élevées en Afrique de l'Ouest, (Sierra Leone, Ghana, Nigéria, par exemple), en Océanie (Australie, États fédérés de Micronésie, Nouvelle-Zélande et Papouasie-Nouvelle-Guinée), en Amérique centrale et aux Caraïbes (notamment en Jamaïque), en Amérique du Nord (Canada et États-Unis) et dans un certain nombre de pays européens. Les taux de prévalence annuelle (consommation pour l'année antérieure) sont souvent très élevés. Ainsi, selon des estimations récentes, les taux de prévalence annuelle de l'abus de cannabis chez les plus de 15 ans étaient de 16% en Sierra Leone, de 15% en Micronésie, de 14% au Ghana et de 18% en Australie.

21. Dans certaines régions, l'abus de cannabis semble de plus en plus uniforme entre les pays. Ainsi, dans la plupart des pays de l'Union européenne, on a non seulement observé une augmentation de la consommation de cannabis dans les années 90, mais aussi des schémas de consommation convergents. On décèle encore parfois des différences dans l'abus de cannabis de l'ensemble de la population (entre 10% et 30% pour la prévalence à vie), mais celles-ci sont nettement moins marquées quand l'on compare entre elles les populations de jeunes.

III. Prévalence de l'abus de drogues chez les jeunes : mondialisation des modes culturelles et de l'abus de drogues

22. Les progrès des moyens de communication et des techniques d'information se traduisent par une standardisation des modes culturelles des jeunes européens ; mais dans une certaine mesure, c'est également vrai de l'ensemble de la planète. Qu'elle soit vestimentaire, musicale ou autre, la culture des jeunes s'universalise de plus en plus. On peut avancer que les drogues illicites, ou à tout le moins certains modes d'utilisation de ces drogues, font, à bien des égards, figure de produits de consommation courants sur ce marché mondial en expansion, témoin la propagation de l'ecstasy, liée à certains rites culturels (musique et danse) en un peu plus d'une décennie à peine. Vers la fin des années 80, ce comportement fut largement ignoré dans le petit nombre de villes occidentales où il se manifestait. Aujourd'hui, de nombreux pays du monde signalent des abus d'ecstasy dans des contextes similaires, par exemple dans les milieux éduqués de Thaïlande, parmi les jeunes et les classes aisées de la Fédération de Russie et, en Afrique du Sud, lors de soirées dansantes et de nuits "rave". Certes le nombre d'individus concernés reste relativement peu important et l'impact de cet abus est souvent moins grave que celui d'autres toxicomanies, mais ce phénomène illustre une tendance préoccupante : la rapidité avec laquelle les schémas d'abus s'exportent au-delà des frontières nationales pour s'établir à l'échelle mondiale. Le défi qui nous attend si nous voulons lutter efficacement contre l'abus de drogues chez les jeunes va consister à concevoir une stratégie mondiale fondée sur leur culture propre.

IV. L'injection de drogues et les maladies à diffusion hématogène

A. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

23. À l'échelle planétaire, l'injection de drogues demeure, du fait des problèmes sanitaires inhérents à ce mode d'administration, la première cause de morbidité et de mortalité associée aux toxicomanies. On trouvera au tableau 5 la liste des 136 pays qui ont signalé l'existence de populations d'injecteurs de drogues ; 93 d'entre eux (68%) ont également signalé la présence de porteurs du VIH dans ces populations. Cette liste a augmenté depuis 1997, où 122 pays avaient déclaré l'existence de populations d'usagers des drogues par injection. Leur nombre a régulièrement augmenté au cours des années 90.

En 1992, on n'en dénombrait que 80. Bien que les trois-quarts des pays du monde comptent aujourd'hui parmi eux des populations d'usagers des drogues par injection, le nombre réel de ces pays reste probablement sous-estimé, de même d'ailleurs que celui des pays signalant des porteurs du VIH parmi ces populations. Notons que les taux de prévalence de la toxicomanie par injection, quoique très variables, sont généralement assez bas. En conséquence, dans beaucoup de pays qui ont signalé la présence d'usagers des drogues par injection, leur nombre réel sera, en fait, peu élevé. Toutefois, la pratique de l'injection de drogues ne constituant pas un comportement aléatoire, il se peut qu'on observe un taux de prévalence élevé parmi certains sous-groupes de population ou dans certaines régions géographiques.

24. L'augmentation des populations d'injecteurs de drogues déclarées confirme une tendance qui se dessine depuis quelques années déjà : la propagation de ce mode d'administration à un nombre croissant de pays en développement, où ce comportement était jusque-là pratiquement inconnu. On a avancé diverses raisons pour expliquer cette propagation¹⁴, notamment les avantages pratiques de ce mode d'administration comparé à d'autres (il est plus facile d'utiliser et de cacher le matériel d'injection), son attrait économique (une dose ainsi administrée produit plus d'effet), l'apparition de nouveaux moyens de communication et la fréquence des déplacements ; tous ces éléments facilitent la propagation de cette pratique et, de ce fait, en rendent la diffusion plus aisée. Par ailleurs, l'évolution du trafic et de la production de drogues illicites influence indirectement les schémas locaux de consommation (ainsi, en Asie du Sud-Est la production d'héroïne se rapproche des zones de culture; de même, les voies d'acheminement de la drogue en Afrique de l'Ouest et en Europe centrale entraînent une progression de l'héroïnomanie à l'échelon local).

25. L'un des aspects préoccupants des progrès de la toxicomanie par injection tient, de toute évidence, au risque de transmission de maladies hématogènes, en général, et du VIH, en particulier. L'extrapolation des données disponibles sur les cas de sida¹⁵ situés à quelque 3,3 millions (jusqu'en 1997) le nombre de séropositifs parmi les injecteurs de drogues. Cette estimation doit être traitée avec précaution, puisque l'on ne connaît ni l'importance réelle de la population mondiale des usagers des drogues par injection (on l'évaluait à 5 millions² en 1992,) ni la proportion réelle de porteurs du VIH parmi ces populations. On sait, en revanche, que l'administration par injection et l'infection par le HIV peuvent, dans certaines conditions, se propager rapidement au sein des populations d'injecteurs, et entre populations. Ce danger est particulièrement préoccupant dans les pays en développement, où les risques liés au partage des

seringues sont mal connus, voire ignorés, et où il est parfois difficile de se procurer du matériel stérile. Des cas d'épidémie galopante ont été relevés dans de telles situations, où l'émergence de l'administration par injection s'est accompagnée d'une hausse dramatique des cas d'infection par VIH¹⁶.

26. La toxicomanie par injection est, sinon le premier, l'un des principaux modes de transmission du VIH dans les régions ci-après : Asie de l'Est et Pacifique; Asie centrale et Europe de l'Est ; Moyen-Orient et Afrique du Nord ; Amérique latine; Amérique du Nord et Europe occidentale¹⁷. L'injection de drogues peut également contribuer à la propagation du VIH dans l'ensemble de la population, du fait de la transmission du virus à leurs enfants par des mères qui pratiquent ce mode d'administration. (transmission périnatale) et de rapports sexuels entre usagers des drogues par injection et non-injecteurs. De nombreuses études révèlent que l'industrie du sexe compte généralement dans ses rangs un nombre disproportionné d'usagers des drogues par injection, ou que ceux-ci sont coutumiers de pratiques sexuelles à haut risque.

27. On peut distinguer entre les pays en développement où des populations d'injecteurs de drogues existent depuis longtemps et ceux où ce phénomène est d'apparition relativement récente. Dans le premier cas, l'incidence de nouveaux cas de séropositivité demeure généralement faible, en termes relatifs. Quand les taux de prévalence augmentent, la progression observée n'a rien de comparable à l'escalade enregistrée au stade épidémique antérieur. Dans de nombreux pays en développement, la toxicomanie par injection constitue cependant un risque majeur : celui d'assister à une multiplication des nouveaux cas d'infection au VIH. Les taux réels de prévalence sont très variables. Dans les pays en développement où une épidémie s'est récemment déclarée, ou est en passe de se déclarer, le risque d'une escalade rapide des taux de prévalence est prononcé, même si les taux d'infection actuels sont minimes. L'ampleur du problème, réel ou potentiel, semble également plus importante. Quant aux grands pays en développement, même si les taux d'injection de drogues y sont relativement faibles, le nombre d'individus susceptibles d'être touchés peut être considérable.

28. Dans l'Union européenne, on enregistre des variations considérables des taux d'infection par le VIH entre les pays; ainsi, on observe une différence marquée entre les taux relativement élevés signalés en Espagne (32%), en France (15,5%-18,3%), en Italie (15,7%) et au Portugal (14%), et ceux, nettement inférieurs, constatés en Irlande (0,9%), au Royaume-Uni (1%), en Autriche (1,5-2%) et en Suède (2,6%). Notons qu'à l'intérieur même des pays,

on enregistre des variations considérables des taux de prévalence selon les zones géographiques, et qu'il convient, de ce fait, d'interpréter avec prudence les taux nationaux. Quant aux tendances, la situation semble plutôt stable dans l'ensemble de l'Union européenne. Dans certains pays (France et Italie) les taux semblent décliner, mais dans d'autres, c'est parfois l'inverse. Au Portugal, notamment, on craint une progression de la séropositivité parmi les usagers des drogues par injection. Toutefois, pour l'ensemble de la région, les études de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) donnent à penser que c'est entre 1986 et 1988 que la plupart des pays ont connu des taux de pointe.

29. Aux États-Unis d'Amérique, l'injection de drogues demeure la seconde cause de transmission du sida¹⁸. En juin 1997, les cas de sida liés à ce mode d'administration représentaient 32% de tous les nouveaux cas diagnostiqués. On estime à 1,5 million d'individus la population d'usagers des drogues par injection dans les 96 principales agglomérations des États-Unis, dont 14% risquent de devenir séropositifs. Quoi qu'il en soit, les taux d'incidence ne font pas craindre une explosion des taux d'infection au VIH liée à la consommation de drogues, comme ce fut le cas dans certaines villes au début de l'épidémie, ou comme c'est actuellement le cas dans certains pays en développement. Notons aussi que des études américaines révèlent des taux d'infection au VIH élevés parmi les fumeurs de crack de cocaïne. Ces études associent l'injection de drogues et la consommation de crack à des comportements sexuels à haut risque. Au Canada, en 1996, la moitié environ des cas de séropositivité détectés étaient attribués à l'injection de drogues¹⁹. Les données tirées des programmes d'essai font penser que l'injection de drogues constitue un risque de séropositivité croissant. Bien que les taux de prévalence varient considérablement entre les différentes régions du pays, ils ont, dans l'ensemble, augmenté pendant les années 90. Ainsi, à Montréal, le taux de prévalence chez les usagers des drogues par injection, qui était estimé à 5%, en 1988, est passé à 19,5%, en 1997. On a enregistré une progression analogue à Vancouver, en Colombie britannique..

30. En Australie, les contacts ou rapports sexuels entre hommes¹³ sont à l'origine de la plupart des nouveaux cas de séropositivité. On leur attribue plus de 85% de tous les cas de transmission. Rien n'indique que les très faibles taux de transmission liés à l'injection de drogues soient en passe d'augmenter; les taux de prévalence semblent stables parmi les échantillons de toxicomanes par injection qui fréquentent les centres où l'on échange les seringues usagées contre des neuves.

31. L'infection par le VIH demeure un problème préoccupant dans les pays susmentionnés. On n'enregistre

cependant aucune "escalade" des cas d'infection, ce qui permet d'avancer, avec un optimisme prudent, que les interventions et mesures adoptées par de nombreux pays en développement pour limiter le risque d'infection parmi les injecteurs de drogues ont porté leurs fruits, ne fût-ce que partiellement. D'autre part, les sommes consacrées à une meilleure surveillance des usagers des drogues par injection ont également porté leurs fruits et l'on dispose désormais d'une base de connaissances bien plus fiable, ce qui devrait permettre un débat informé sur la situation actuelle.

32. Ce sont les nouveaux États indépendants de l'ex-Union soviétique qui détiennent le record mondial de la propagation du VIH en 1999; la proportion de la population infectée y a doublé entre la fin de 1997 et la fin de 1999¹⁷. Selon les estimations ONUSIDA/OMS, en comptant le reste de l'Europe du Centre et de l'Est, le nombre d'individus infectés a augmenté d'un tiers en 1999. On l'évalue aujourd'hui à 360 000. Dans la Fédération de Russie, la moitié environ de tous les cas de séropositivité ont été signalés au cours des neuf premiers mois de 1999. On considère l'injection de drogues comme le premier facteur d'infection de la région.. En raison des modes de préparation pratiqués dans la région, les solutions de drogues elles-mêmes présentent un risque d'infection par le VIH, quelle que soit la pratique d'injection. À Moscou, l'infection par le VIH se propage dans des proportions dramatiques : 2 700 nouveaux cas ont été signalés en 1999 (soit trois fois plus qu'au cours de toutes les années antérieures confondues). Ces taux seraient encore plus élevés dans les villes et agglomérations entourant Moscou. L'injection de drogues et l'infection au VIH semblent s'être propagées à de nombreux régions de la Fédération de Russie. Ainsi, près de 13 000 cas de séropositivité ont été signalés à Irkoutsk, en Sibérie.

33. L'épidémie régionale de VIH semble avoir débuté en Ukraine, vers 1994-1995, et le pays connaît actuellement une recrudescence des cas de sida. Dans la Fédération de Russie, l'épidémie est apparue un peu plus tard (1995-1996). Dans certaines villes russes (Odessa, Svetlogorsk et Kaliningrad), l'incidence des infections par le VIH semble avoir récemment baissé, ce qui révèle probablement qu'un seuil de saturation a été atteint parmi les populations locales d'usagers des drogues par injection²⁰. En 1997 et 1998, on a détecté les premiers cas de séropositivité parmi les injecteurs des États baltes et des pays du Caucase et de l'Asie centrale. Si, en termes absolus, le nombre de porteurs du VIH reste bas, c'est dans les rangs des toxicomanes par injection que se déclarent la majorité des nouveaux cas d'infection. Au début de 1999, l'Estonie et le Turkménistan étaient les seuls États de l'ex-Union soviétique où aucun cas de

séropositivité n'avait été signalé parmi les usagers des drogues par injection.

34. La pénurie de données fiables dans la région empêche de bien comprendre le risque de progression de la toxicomanie par injection et des infections au VIH. Il semble notamment que les niveaux réels de toxicomanie par injection dans la région soient très variables ; on ne peut donc présupposer que toutes les régions comptent d'importantes populations d'injecteurs. Les informations dont on dispose permettent cependant d'avancer qu'il existe un risque sérieux d'infection par le VIH parmi les usagers des drogues par injection de la région.

35. À ce jour, à la seule exception de la Pologne, les pays d'Europe du Centre et de l'Est n'ont pas connu de flambée des infections par le VIH parmi les toxicomanes par injection. À la fin de 1998, on n'avait détecté en Hongrie, en Slovaquie, en Slovénie et dans la République tchèque qu'un petit nombre d'injecteurs séropositifs (2, 6, 12, 17 et 30, respectivement)²⁰. Certains indices donnent cependant à penser que le risque existe bel et bien dans ces pays de voir les taux d'infection augmenter. Ainsi, à Prague (République tchèque), parmi les nouveaux patients inscrits pour un traitement, 48% disaient avoir partagé leur matériel d'injection au cours du mois précédent. À Bratislava (République slovaque), leur proportion était de 37%⁷. La question se pose donc de savoir pendant combien de temps cette faible incidence de la séropositivité parmi les injecteurs de drogues se maintiendra dans la région. La Pologne constitue un cas à part : on n'y avait détecté d'infections au VIH parmi les injecteurs qu'à la fin des années 80. De nos jours, on y signale annuellement entre 350 et 600 nouveaux cas de séropositivité, en moyenne²⁰. Dans la région des Balkans, on note un schéma analogue à celui de l'Europe du Centre et de l'Est. Il s'y trouve des populations d'injecteurs, mais la prévalence du VIH y reste actuellement très basse, bien que des comportements à risques soient parfois évidents. Ainsi, en 1997, à Sofia (Bulgarie), 1,3% seulement des personnes demandant un premier traitement étaient séropositifs, alors que 40% disaient avoir partagé leur matériel d'injection au cours du mois précédent⁷. Dans la région des Balkans, seuls la Serbie et le Monténégro font état d'un nombre élevé de cas de séropositivité parmi les usagers des drogues par injection.

36. Le risque de voir grimper les taux d'infection par le VIH existe aussi en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. La toxicomanie par injection est déjà la première cause d'incidence du sida dans l'État de Bahreïn ; elle est à l'origine de la moitié des cas relevés en République islamique d'Iran, celle d'un tiers des infections enregistrées en Tunisie. En Égypte, 10% des cas de séropositivité sont attribués à ce mode d'administration⁷. Pour l'ensemble de l'Afrique, certains indices laissent

craindre une hausse des taux d'infection dans les pays nord-africains du pourtour de la Méditerranée, mais pas dans le reste du Continent. Quant à l'Afrique centrale et australe, la toxicomanie par injection ne semble pas y être une pratique courante et la séropositivité est essentiellement liée aux comportements sexuels. En Afrique du Sud, par exemple, peu de patients disent s'injecter une drogue quelconque (0 à 3% selon le lieu)². Une évaluation rapide effectuée au Nigéria en 1998 a montré que 10% des personnes interrogées dans la rue déclaraient s'injecter de l'héroïne²¹ (échantillon non aléatoire de consommateurs de drogues). Ces données montrent que si l'injection de drogues n'est pas inconnue, elle reste néanmoins peu courante en Afrique centrale et australe. Quoi qu'il en soit, dans nombre de ces pays, les données relatives aux schémas et aux tendances de la consommation de drogues sont pratiquement inexistantes, ce qui montre bien la nécessité d'améliorer les systèmes de surveillance dans l'ensemble du continent africain.

37. En Chine, bien que les taux actuels de séropositivité soient encore relativement bas en pourcentages de population, le nombre des personnes infectées est considérable (un peu moins d'un demi million), la majorité des nouveaux cas apparaissant parmi les toxicomanes par injection¹⁷. La pratique même de l'injection semble gagner du terrain en Chine et se propager à des régions où elle n'avait encore jamais été signalée. Le risque de voir augmenter sensiblement les cas d'infection semble donc considérable. Ce type de toxicomanie gagne également du terrain au Myanmar et se propage des zones urbaines vers les zones rurales. Les estimations de prévalence sont alarmantes²² ; les évaluations des équipes de surveillance ont révélé que 22 à 84% des usagers des drogues par injection contrôlés étaient séropositifs (1998)²³. Des enquêtes menées dans les États du Kachin et du Shan septentrional ont révélé des taux de séropositivité de 93% et 82%, respectivement²².

38. L'injection d'héroïne semble de plus en plus répandue au Viet Nam⁸ ; elle serait récemment apparue en République démocratique populaire lao et serait déjà établie depuis quelque temps à Hong Kong et en Thaïlande²². En Malaisie, on estimait en 1995 à 77% les cas de séropositivité relevés parmi les toxicomanes par injection²⁴. En juin 1997, le total cumulé des individus séropositifs s'élevait à 21 863, dont 76% étaient des injecteurs avérés²². En Inde, l'injection intraveineuse semble désormais plus courante chez les opiomanes. On évaluait en 1997 à 27% le taux de séropositivité parmi les toxicomanes par injection⁸. Selon des informations récentes, l'injection de buprénorphine serait pratiquée au Bangladesh et le partage des seringues y serait une pratique répandue²⁴.

39. Comme dans le cas des États baltes et des anciennes républiques soviétiques, la difficulté d'évaluer avec précision la prévalence de l'abus de drogues incite à traiter les estimations individuelles avec beaucoup de prudence et souligne la nécessité d'améliorer la base d'information. Un problème analogue se pose dans certains pays, où l'incidence de la séropositivité est déjà forte, tandis que dans d'autres, on risque de voir progresser l'infection, même si les taux actuels restent bas. Les estimations individuelles, qu'il s'agisse de la prévalence de la toxicomanie par injection ou de la séropositivité, sont, sans conteste, sujettes à caution. On dispose cependant de suffisamment d'indices pour craindre que la séropositivité liée à l'injection de drogues continue de poser de graves problèmes à de nombreux pays de l'Asie centrale.

40. Par souci de concision, mais aussi en raison du manque de données, ce survol du problème mondial que constituent la toxicomanie par injection et la séropositivité n'est nullement exhaustif. Il montre pourtant que l'infection par le VIH associée à la toxicomanie reste l'un des grands problèmes mondiaux. La situation s'est, dans une certaine mesure, stabilisée dans les pays industrialisés. Un risque existe, surtout en l'absence de données fiables : celui de méconnaître la gravité des problèmes qui se posent aux pays en développement. La toxicomanie par injection s'est propagée à de nombreuses régions où cette pratique était jusque-là peu courante, sinon inconnue. On observe fréquemment parmi les nouveaux injecteurs des comportements à haut risque dont on sait qu'ils sont étroitement associés à la transmission du VIH.

B. Hépatite C

41. L'infection par le VIH n'est pas la seule infection hématogène liée à l'injection de drogues. Il existe aussi un risque de transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la tuberculose. Pour cette dernière, et notamment pour la tuberculose résistante aux antibiotiques, les connaissances sont encore si fragmentaires qu'il est impossible d'en débattre de façon éclairée. Le fait que ces infections semblent augmenter dans les pays baltes et les États de l'ex-Union soviétique est d'ailleurs préoccupant²⁵.

42. L'hépatite C est aujourd'hui un sujet de préoccupation croissant dans nombre de pays. Contrairement au VIH, la toxicomanie par injection est le principal mode de transmission de l'hépatite C; mais les cas de transmission par voie sexuelle semblent plutôt rares. Plusieurs raisons semblent justifier l'inquiétude croissante que suscitent les infections par l'hépatite C²⁶. Sa prévalence parmi les usagers des drogues par injection est généralement élevée, même quand les taux de séropositivité restent bas. Rien ne

prouve que les interventions réputées avoir efficacement contribué à réduire la transmission du VIH puissent également freiner celle de l'hépatite C. Contrairement à ce qui passe dans le cas de l'hépatite B, il n'existe actuellement aucun moyen d'immunisation. En outre, il est fréquent que les usagers des drogues par injection doivent faire face à d'autres problèmes, l'alcoolisme par exemple, qui les prédisposent à contracter l'hépatite C.

43. Dans les pays où l'incidence de la séropositivité est actuellement basse, la prévalence généralement élevée de l'hépatite C parmi les toxicomanes par injection devrait, à long terme, se traduire par des taux de morbidité et de mortalité plus élevés que pour le VIH. Les estimations de prévalence actuelles varient, mais elles sont généralement élevées. En Australie (1998), par exemple, l'hépatite C arrive en tête de toutes les maladies à déclaration obligatoire¹³ et les taux de prévalence sont estimés à quelque 50%. En Europe⁶, les taux d'hépatite C sont plus élevés et plus uniformes chez les injecteurs de drogues que ceux de l'hépatite B. Seuls la Belgique et le Luxembourg déclarent des taux de prévalence inférieurs à 50% (47% et 18%, respectivement); la plupart des pays font état de taux situés entre 60 et 80%; la Suède signalait pour 1998 le taux le plus élevé de l'Union européenne (92%). Aux États-Unis, le taux de prévalence global de l'hépatite C est évalué à 77% chez les toxicomanes pratiquant l'injection depuis six ans ou plus¹⁸ (à titre de comparaison, la prévalence de l'hépatite B et de la séropositivité a été estimée à 66% et 20,5%, respectivement, pour ce groupe). Des taux élevés d'hépatite C ont également été signalés au Japon²². Mais d'une manière générale, dans de nombreux pays du monde, les informations relatives aux tendances de la toxicomanie et aux taux de prévalence de l'hépatite C parmi les injecteurs de drogues restent bien minces, voire inexistantes.

C. Surdoses et mortalité

44. Ces dernières années, les accidents par surdose sont devenus un sujet de préoccupation croissant dans un certain nombre de pays. Il est vrai que ce phénomène avait été quelque peu négligé jusqu'ici, la recherche se concentrant, pour l'essentiel, sur la transmission du VIH. Ces accidents ne concernent pas les seuls toxicomanes par injection, mais pour certaines drogues, la surdose est plus fortement liée à la pratique de l'injection qu'aux autres modes d'administration. Un regain d'intérêt pour ce problème s'est manifesté en Australie, dans l'Union européenne et aux États-Unis.

45. Il importe de souligner que dans un grand nombre des pays où les taux de séropositivité sont faibles parmi les toxicomanes, les accidents par surdose ont toujours été la

cause majeure de mortalité dans ce groupe de population. Les données relatives à la mortalité liée à la drogue sont notoirement difficiles à normaliser et à analyser ; pour de nombreux pays du monde, on comprend encore mal les taux de mortalité à long terme liés aux différents schémas de consommation des drogues.

46. L'injection d'opiacés semble particulièrement liée aux surdoses. Les schémas de narcomortalité varient également dans le temps. Ainsi, dans l'Union européenne, cette narcomortalité a beaucoup augmenté à la fin des années 80 et au début des années 90 ; depuis, elle s'est stabilisée ou a décliné dans la plupart des pays (sauf en Grèce, en Irlande et au Portugal)⁶. En 1998, 737 Australiens ont succombé à une surdose d'opiacés, ce qui représente une augmentation de 23% par rapport à 1997⁷. Le fait qu'en Australie les accidents par surdose d'opiacés soient la cause de près de 9% de tous les décès dans le groupe d'âge des 15-44 ans montre bien l'importance du problème des décès par surdose de ces substances.

47. Bien que très important, le phénomène des accidents par surdose reste mal compris. Seuls un petit nombre de pays disposent de données suffisantes pour commencer à appréhender les facteurs liés à ces décès et rechercher des solutions appropriées. Dans les pays en développement, on ne sait pratiquement rien des taux de narcomortalité à long terme, ni des facteurs qui favorisent les accidents par surdose.

V. Collecte de données

48. Dans le présent rapport, l'absence de données fiables qui permettraient de mieux comprendre les tendances mondiales de l'abus de drogues illicites constitue, on l'aura remarqué, un véritable leitmotiv. Cette carence n'est pas universelle. Les investissements effectués dans la mise sur pied de réseaux de collecte de données et les progrès des méthodologies usitées ont permis de constater dans certaines régions du monde une amélioration - tant qualitative que quantitative - spectaculaire des informations disponibles. C'est surtout dans les pays industrialisés que ces progrès ont été enregistrés. Mais vu que c'est dans les pays en développement que se manifestent aujourd'hui les tendances les plus alarmantes, il faut absolument aider les pays concernés à mieux maîtriser la situation en matière d'abus de drogues. Par l'intermédiaire du Programme mondial sur l'évaluation de l'ampleur de l'abus de drogues, le PNUCID entend les aider à développer leur capacité de collecte de données. Car même quand ces données existent, leur comparabilité entre pays et régions reste médiocre. Pour bien comprendre le problème de l'abus de drogues dans son ensemble, il faudrait concevoir et utiliser des indicateurs plus facilement comparables et mieux normalisés. Aux

niveaux international, régional et national, le PNUCID s'emploie activement, en association avec les organisations compétentes, à s'entendre sur les définitions et les méthodes de mesure qui permettraient de mieux décrire les schémas et les tendances de l'abus de drogues. Souhaitons qu'un accord sur une série mondiale de données soit enfin réellement, et pour la première fois, à notre portée.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ *Archives officielles du Conseil économique et social, 1997, supplément no. 8 (E/1997/28/Rev.1 et E/CN.7/1997/12/Rev.1), 1ère partie, para. 80 a.*
- ² South African Community Epidemiology Network on Drug Use, «Monitoring alcohol and drug abuse trends in South Africa (July 1996-December 1998)», *Research Brief*, vol. 2, no. 1, 1998.
- ³ PNUCID. *The Drug Nexus in Africa* (monographie), Vienne, mars 1999.
- ⁴ National Institute on Drug Abuse, «Drug trends in the United States and NIDA activities», article présenté à Strasbourg en juin 1999, à l'occasion de la vingt-neuvième session d'experts en épidémiologie du Conseil de l'Europe/Groupe Pompidou.
- ⁵ Groupe de travail épidémiologique: «*Epidemiology trends in drug abuse*» (Rockville, Maryland, 1998).
- ⁶ Rapport annuel élargi sur l'état du problème des drogues dans l'Union européenne (1999). Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Lisbonne.
- ⁷ Traitement des toxicomanes dans 23 agglomérations européennes, 1997. Tendances 1996-97. Projet du Groupe Pompidou sur la demande de traitement. Conseil de l'Europe (1999).
- ⁸ «Report of the Asian Multicity Epidemiology Work Group», Centre for Drug Research International Monograph Series, University Sains, Penang, Malaisie, décembre 1998.
- ⁹ Monitoring the Future; NIDA, (Bethesda, Maryland, 1999) et communiqué de presse du 17 décembre 1999.
- ¹⁰ Dark, Shane et al. «Illicit drug use in Australia epidemiology, use patterns and associated harms (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1999)
- ¹¹ PNUCID. Centre régional pour l'Asie de l'Est et le Pacifique. Regional Drug Abuse Update, juillet 1999. Bangkok, 1999.
- ¹² Ramsay, Malcolm et Partridge, Sarah, *Drug Misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey*. Home Office Research Study 197, Her Majesty's Stationery Office, Londres, 1999.
- ¹³ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *Annual Surveillance Report* (Darlinghurst, New South Wales, 1999).

¹⁴ Stimson, Gerry, Des Jarlais, Don C. et Ball, Andrew: *Drug Injecting & HIV Infection*. OMS, 1998.

¹⁵ PNUCID. *Global Illicit Drug Trends*, New York, 1999.

¹⁶ Global Research Network on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Inaugural Meeting Report. NIDA, (1998).

¹⁷ Programme conjoint Nations Unies/OMS sur le virus de l'immunodéficience humaine, Mise à jour des données sur l'épidémie de sida, décembre 1999.

¹⁸ NIDA, «25 years of discovery to advance the health of the public» (Bethesda, Maryland, 1999).

¹⁹ Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, «HIV/AIDS Epi Updates», Ottawa, 1998.

²⁰ Dehne, K., The HIV epidemic in Central and Eastern Europe: Update. Rapport pour l'ONUSIDA, 1999.

²¹ Centre for African Settlement Studies and Development, «The Drug Nexus in Africa: Nigeria», étude préparée pour le PNUCID (Ibadan, Nigéria, 1998).

²² Asian Harm Reduction Network, «The hidden epidemic: a situation assessment of drug use in South East and East Asia in the context of HIV vulnerability» (1998).

²³ Ministère de la santé du Myanmar, Programme de prévention et de lutte contre le sida, «Sentinel Surveillance Data for March 1998»

²⁴ Exploratory Studies on Drug Abuse in The Asian Region, Centre for Drug Research International, Monograph series (1997).

²⁵ Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, «Surveillance de la tuberculose en Europe» Saint-Maurice, France, 1997.

²⁶ Crofts, N. et al., «Epidemiology of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Australia», *Journal of Epidemiology and community health*, 51 :0 (1997)

²⁷ Communiqué de presse du National Drug and Alcohol Research Centre (Sydney, Australie, 7 décembre 1999)

Annexe

Données sur les tendances des abus et rapports par pays

Tableau 1

Données sur les tendances des abus d'héroïne

(Nombre de pays ayant répondu: 48)

<i>Tendances</i>	<i>Rapports par région et par pays en 1998^a</i>
<i>Progression des abus</i>	
Pays ayant répondu: 31 % pour 1998: 64	Afrique (6): Jamahiryra arabe lybienne, Maurice, Maroc, République unie de Tanzanie, Zimbabwe Proche- et Moyen-Orient (3): Jordanie, Koweït, République arabe syrienne Amériques (3): Canada, Colombie, Mexique Asie (11): Chine, Inde, Indonésie, Kirghizistan, Malaisie, Philippines, République de Corée, Singapour, Sri Lanka, Tadjikistan, Ouzbékistan Europe(8): Autriche, Bélarus, Bulgarie, Norvège, Fédération de Russie, ex-République yougoslave de Macédoine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
<i>Stabilisation des abus</i>	
Pays ayant répondu: 7 % pour 1998: 15	Amériques (2): Panama, Suriname Proche- et Moyen-Orient (1): Bahreïn Europe(4): Hongrie, Luxembourg, Portugal, Suède
<i>Diminution des abus</i>	
Pays ayant répondu: 9 % pour 1998: 21	Asie (4): Brunéi, Chine (Hong Kong), Myanmar, Thaïlande Europe(5): République tchèque, France, Liechtenstein, Espagne, Suisse

Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels du PNUCID

^a Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 2

Données sur les tendances des abus de stimulants de type amphétamine

(Nombre de pays ayant répondu: 45)

<i>Tendances</i>	<i>Rapports par région et par pays en 1998^a</i>
<i>Progression des abus</i>	
Pays ayant répondu: 30 % pour 1998: 67	Afrique (1): Cameroun Amériques (5) : Bolivie ^b , Brésil, Colombie, Guatemala, Mexique Asie (7): Brunéi, Chine (Hong Kong), Indonésie, Malaisie, République de Corée, Singapour ^c , Thaïlande Proche- et Moyen-Orient (1): Koweït Europe(15): Bulgarie, République tchèque, Finlande, France, Allemagne, Hongrie, Luxembourg, Malte, Norvège, Portugal ^d , République Moldavie, Suède, Suisse, ex-République yougoslave de Macédoine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord Océanie (1) : Nouvelle-Zélande
<i>Stabilisation des abus</i>	
Pays ayant répondu: 10 % pour 1998: 22	Afrique (2): Ghana, Zimbabwe Amériques (4): Canada, Équateur, États-Unis d'Amérique Europe(4): Hongrie, Luxembourg, Portugal, Suède Asie (1): Ouzbékistan Europe (3): Autriche, Bélarus ^e , Espagne
<i>Diminution des abus</i>	
Pays ayant répondu: 5 % pour 1998: 11	Asie (3): Chine (Macao), Japon, Philippines Europe (2): Irlande ^f , Fédération de Russie ^f

Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels du PNUCID

Note: Il convient d'interpréter ce tableau avec prudence car les pays signalent des tendances en fonction du nombre de drogues classées comme stimulants de type amphétamine (notamment la métamphétamine, les substances du groupe ecstasy et l'amphétamine). Vu les lacunes de l'actuel système de notification, il n'est pas toujours possible d'identifier avec précision la drogue consommée. Ce tableau est fondé sur un résumé des réponses reçues. Chaque fois que possible, les tendances relatives aux types de drogues consommées ont été signalées.

^a Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

^b Stable en ce qui concerne les abus de métamphétamine

^c Diminution des abus de MDMA

^d Diminution des abus d'amphétamine

^e Diminution des abus de métamphétamine

^f Stable en ce qui concerne les abus de MDMA

Tableau 3

Données sur les tendances des abus de cocaïne

(Nombre de pays ayant répondu: 52)

<i>Tendances</i>	<i>Rapports par région et par pays en 1998^a</i>
<i>Progression des abus</i>	
Pays ayant répondu: 34 % pour 1998: 64	Afrique (5): Cameroun, Ghana, Maroc, République unie de Tanzanie, Zimbabwe Proche- et Moyen-Orient (2): Jordanie, Liban Amériques (10): Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Costa Rica, Équateur, Mexique, Nicaragua, Suriname Asie (3): Chine (Hong Kong), République de Corée, Ouzbékistan Europe(14): Autriche, Bulgarie, France, Allemagne, Espagne, Fédération de Russie, Hongrie, Irlande, Liechtenstein, Malte, Norvège, Suède, ex-République yougoslave de Macédoine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
<i>Stabilisation des abus</i>	
Pays ayant répondu: 13 % pour 1998: 15	Amériques (4): Colombie, Costa Rica, Grenade, Panama Asie (2): Japon, Thaïlande Europe (4): Bélarus, Luxembourg, République tchèque, Suisse Océanie (1): Nouvelle-Zélande
<i>Diminution des abus</i>	
Pays ayant répondu: 4 % pour 1998: 8	Amériques (2): Bahamas, États-Unis d'Amérique Asie (2): Chine (Macao), Philippines

Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels du PNUCID^a Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 4

Données sur les tendances des abus de cannabis

(Nombre de pays ayant répondu: 64)

<i>Tendances</i>	<i>Rapports par région et par pays en 1998 ^a</i>
<i>Progression des abus</i>	
Pays ayant répondu: 38 % pour 1998: 59	Afrique (6): Cameroun, Ghana, Jamahiriya arabe libyenne, Maroc, Maurice ,Zimbabwe Amériques (10): Bahamas, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Nicaragua, Suriname, Etats-Unis d'Amérique Asie (6): Chine (Hong Kong), Indonésie, Japon, Kazakhstan, République de Corée, Myanmar Proche- et Moyen-Orient (1): Koweït Europe(15) : Allemagne, Autriche, Bélarus, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Hongrie, Liechtenstein, Norvège, République de Moldavie, République tchèque,Suède, Suisse, ex-République yougoslave de Macédoine
<i>Stabilisation des abus</i>	
Pays ayant répondu: 16 % pour 1998: 25	Afrique (2): Namibie, République unie de Tanzanie Amériques (5): Canada, Grenade, Guatemala, Mexique, Panama Asie (3): Brunéi, Sri Lanka, Ouzbékistan Europe (5): Fédération de Russie, Irlande, Malte, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord Océanie (1): Nouvelle-Zélande
<i>Diminution des abus</i>	
Pays ayant répondu: 10 % pour 1998: 16	Asie (8): Chine (Macao), Inde, Kirghizistan, Malaisie, Philippines, Singapour, Tadjikistan, Thaïlande Proche- et Moyen-Orient (2) :Liban, République arabe syrienne

Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels du PNUCID

^a Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 5
Pays signalant une toxicomanie par injection et des cas de séropositivité connexes

<i>Pays et région</i>			
<i>Afrique</i>	<i>Asie</i> ^a	<i>Europe</i> ^c	<i>Océanie</i> ^a
Béning ^b	Azerbaïdjan ^c	Albanie ^c	Australie
Cameroun ^b	Bahreïn	Autriche	Fidji ^c
Tchad	Bangladesh ^c	Bélarus	Polynésie française ^b
Côte d'Ivoire	Brunéï Darussalam ^b	Belgique	Guam ^c
Égypte	Chine	Bosnie-Herzégovine ^b	Micronésie (États fédérés de)
Ethiopie	Cambodge ^b	Bulgarie ^c	Nauru ^{b, c}
Gabon	Hong Kong (Chine)	Croatie	Nouvelle-Calédonie ^c
Ghana ^{b, d}	Inde	Rép. tchèque	Nouvelle-Zélande
Kenya	Indonésie	Danemark	
Jam. arabe.Libyenne ^b	Iran (Rép. Islamique d')	Estonie ^c	
Maurice	Chypre	Finlande	
Maroc ^d	Iraq ^c	France	<i>Résumé</i>
Nigéria ^d	Israël	Géorgie ^b	
Sénégal	Japon	Allemagne	Afrique 21
Afrique du Sud	Jordanie	Grèce	Amériques 25
Soudan	Kazakhstan	Hongrie	Asie 38
Tunisie	Koweït ^h	Islande	Europe 44
Ouganda	Kirghizistan ^c	Irlande	Océanie 8
Rép.-Unie de Tanzanie ^d	RDP Lao ^c	Italie	
Zambie	Macao (Chine) ^c	Lettonie	TOTAL 136
Zimbabwe ^b	Malaisie	Liechtenstein	
<i>Amériques</i>	Myanmar	Lituanie	
	Népal ^c	Luxembourg	
	Oman	ex. Rép. yougoslave de Macédoine ^b	
Argentine	Pakistan ^c	Malte	
Bahamas	Philippines	Rép. de Moldavie	
Bermudes ^c	Qatar	Monaco	
Bolivie ^c	République de Corée	Pays-Bas	
Bésil	Arabie Saoudite	Norvège	
Canada	Singapour	Pologne	
Chili	Sri Lanka	Portugal	
Colombie	République arabe syrienne	Roumanie	
Costa Rica	Province chinoise de Taiwan	Fédération de Russie	
République Dominicaine	Tadjikistan ^a	Saint-Marin	
Équateur	Thaïlande	Slovaquie	
El Salvador	Turkménistan ^c	Slovénie	
Guatemala ^c	Viet Nam	Espagne	
Haïti ^c	Émirats arabes unis ^c	Suède	
Honduras	Ouzbékistan	Suisse	
Jamaïque ^c	Taiwan (Chine) ^c	Turquie	
Mexique		Ukraine	
Nicaragua		Royaume-Uni	
Panama		Yougoslavie	
Paraguay ^b			
Porto Rico			
Suriname ^c			
États-Unis d'Amérique			
Uruguay			
Venezuela			

Sources -Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, Questionnaire destiné aux rapports annuels, Deuxième partie, Abus des drogues. Injection de drogues et séropositivité; Gerry Stimson, Don C. Des Jarlais & Andrew Ball (OMS, 1998) ONUSIDA/OMS Epidemiological Fact sheet; Prokovski et al, 1999. Projet du Groupe Pompidou sur la demande de traitement : rapport final sur le traitement des toxicomanes dans 23 agglomérations européennes, 1997

^a sauf indication contraire, tous ces pays et territoires ont signalé des infections par le HIV dans la population d'utilisateurs des drogues par injection

^b pays ayant répondu au questionnaire pour la première fois

^c aucun cas de séropositivité signalé parmi les injecteurs de drogues

^d cas de séropositivité signalé parmi les injecteurs de drogues