



Conseil économique et social

Distr.: Générale
18 février 2003

Français
Original: Anglais

Commission des stupéfiants

Quarante-sixième session

Vienne, 8-17 avril 2003

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Réduction de la demande de drogues

Optimisation des systèmes de collecte de l'information et définition des pratiques optimales de lutte contre la demande de drogues illicites

Rapport du Directeur exécutif**

Additif

Principes directeurs pour la définition de pratiques optimales applicables à la réduction de la demande de drogues

* E/CN.7/2003/1.

** Pour des raisons techniques, le présent rapport a été soumis après la date requise par la règle des 10 semaines.



Table des matières

<i>Chapitre</i>	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-4	3
II. Collecte des données	5-16	3
A. Interventions	10-11	5
B. Principes applicables à la collecte de données	12	7
C. Conseils pratiques pour la collecte de données	13-16	8
III. Prévention	17-32	9
A. Interventions	19-20	10
B. Principes en matière de prévention	21-30	11
C. Conseils pratiques en matière de prévention	31-32	13
IV. Traitement et réadaptation	33-48	14
A. Interventions	37-43	15
B. Principes de traitement et de réadaptation	44-46	18
C. Indications pratiques concernant le traitement et la réadaptation	47-48	19
V. Prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues	49-69	19
A. Interventions	53-56	20
B. Principes de prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues	57-68	21
C. Conseils pratiques relatifs à la prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues ..	69	24

I. Introduction

1. À sa quarante-cinquième session, la Commission des stupéfiants a adopté la résolution 45/13 intitulée “Optimisation des systèmes de collecte de l’information et définition des pratiques optimales de lutte contre la demande de drogues illicites”, dans laquelle elle a demandé au Directeur exécutif du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues de récapituler, dans un ensemble de documents dont il la saisirait à sa quarante-sixième session, l’état d’avancement des activités de réduction de la demande de drogues illicites dans le monde, en y intégrant des principes directeurs flexibles pour la définition de pratiques optimales et en tenant compte des spécificités culturelles. Le présent rapport est soumis conformément à cette demande.

2. S’inspirant de la recherche fondamentale, de rapports d’évaluation et de l’expérience acquise sur le terrain, les travaux du PNUCID concernant les pratiques optimales applicables à la réduction de la demande de drogues visent à proposer les conceptions actuelles les plus prometteuses en matière d’élaboration de politiques, programmes et méthodologies dans les domaines suivants: collecte et analyse de données; prévention; traitement et réadaptation; et prévention du virus de l’immunodéficience humaine et du syndrome d’immunodéficience acquise (VIH/sida) associés à l’abus de drogues.

3. Pour définir des pratiques optimales, il faut notamment traiter des informations provenant de diverses sources afin de pouvoir mieux cerner les éléments d’une action efficace en matière de réduction de la demande de drogues. Les pratiques optimales devraient être considérées comme une synthèse des résultats de la recherche technique et scientifique, des leçons tirées des programmes et projets déjà exécutés et d’une évaluation de l’impact des facteurs culturels et sociaux. Plus précisément ces leçons peuvent être tirées des évaluations externes, de la surveillance des projets et/ou du savoir dégagé de l’apprentissage pratique au cours de l’exécution des projets. Ce type de savoir doit être attesté d’une manière systématique pour permettre une auto-évaluation et l’échange de données d’expérience. Toutefois, les pratiques optimales doivent toujours être adaptées et évaluées dans l’environnement où elles doivent être appliquées. Elles doivent également tenir compte des spécificités culturelles et des ressources financières et humaines disponibles.

4. Le présent rapport récapitule quelques-uns des principes de base des pratiques optimales définis par le PNUCID dans les domaines pertinents de la réduction de la demande, tels qu’ils sont exposés dans la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3 de l’Assemblée générale, annexe). Des informations supplémentaires sont disponibles dans un certain nombre de publications établies par le Programme et une liste de références et de sites Web est également fournie.

II. Collecte des données

5. Bien que certains États aient obtenu des succès en matière de lutte contre la demande de drogues illicites, l’abus des drogues continue de se propager dans le monde. En particulier, l’abus des drogues illicites dans certains pays en

développement s'est accru de façon spectaculaire. Toutefois, l'ampleur de l'utilisation des drogues illicites reste mal connue et notre connaissance des tendances en la matière est limitée.

6. Pour élaborer et appliquer des politiques et des stratégies efficaces de réduction de l'abus des drogues, les gouvernements ont besoin de savoir quand, où et pourquoi des drogues illicites sont utilisées. Étant donné que les consommateurs dans le monde entier ont accès à une plus grande variété de drogues et que les tendances sociales, parmi les jeunes en particulier, se répandent plus rapidement qu'auparavant grâce à l'amélioration des communications, les modes d'utilisation des drogues illicites se propagent au-delà des frontières nationales. La mondialisation de l'abus des drogues fait que les mesures et les stratégies de réduction de la demande doivent être mondiales elles aussi, de même que les système d'information sur lesquels elles reposent.

7. En 1998, à sa vingtième session extraordinaire, l'Assemblée générale a adopté une déclaration politique (résolution S-20/2, annexe) dans laquelle les États Membres se sont engagés à éliminer ou réduire sensiblement l'offre et la demande de drogues illicites d'ici à l'an 2008. Toutefois, on ne dispose pas encore des données systématiques qui sont nécessaires pour suivre et évaluer les progrès dans la réalisation de ces objectifs. C'est pourquoi, dans sa résolution 54/132 du 17 décembre 1999, l'Assemblée générale a demandé au PNUCID de fournir aux États Membres l'assistance nécessaire pour rassembler des données comparables, recueillir et analyser ces données et les présenter à la Commission des stupéfiants.

8. C'est pour répondre à cette demande, notamment en ce qui concerne la réduction de la demande de drogues, que le Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues a été lancé. Ce programme a été spécialement conçu:

a) Pour aider les États Membres à mettre en place les dispositifs nécessaires pour recueillir des données fiables sur la consommation et l'abus de drogues afin de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de leur politique;

b) Pour encourager les partenariats régionaux à mettre en commun les expériences et les progrès techniques en matière de collecte de données;

c) Pour contribuer à une meilleure compréhension des caractéristiques et des tendances mondiales de l'abus des drogues en encourageant l'adoption de méthodes rationnelles de collecte de données comparables.

9. Ce mandat reflète les objectifs formulés dans la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues dans laquelle l'Assemblée générale souligne que:

“Les programmes de réduction de la demande doivent être fondés sur une évaluation régulière de la nature et de l'ampleur de l'usage et de l'abus des drogues ainsi que des problèmes y afférents dans la population... Ce sont les États qui doivent s'acquitter de cette tâche d'une manière complète, systématique et périodique, en se fondant sur les résultats des études sur la question afin de pouvoir procéder à des évaluations de la situation concernant les drogues qui tiennent compte des facteurs géographiques et utilisent des définitions, indicateurs et procédures analogues.”

A. Interventions

10. L'harmonisation des méthodes et des activités de collecte de données est un objectif essentiel des efforts visant à améliorer les données internationales sur la consommation de drogues. La tenue en janvier 2000 d'une réunion commune de représentants d'organismes internationaux, de réseaux régionaux d'information sur les drogues et d'autres experts techniques compétents a été un premier pas important vers cette harmonisation. Cette réunion, dont l'objet était d'examiner les principes, les mécanismes et les indicateurs que doivent adopter les systèmes d'information sur les drogues pour être efficaces, a été accueillie à Lisbonne par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et a été appuyée par le PNUCID, agissant dans le cadre du Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues. Le document de travail issu de la réunion (E/CN.7/2000/CRP.3) a été approuvé par les États Membres à la quarante-troisième session de la Commission des stupéfiants en mars 2000.

11. À la réunion de Lisbonne, une attention particulière a été accordée à l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs épidémiologiques clefs sur la base desquels les États Membres pourraient rendre compte de leurs situations respectives. Ces indicateurs, retenus parce qu'ils concernent des domaines dans lesquels il a été jugé possible de recueillir systématiquement des données, au moins dans certains pays, n'étaient pas censés constituer une source d'information exhaustive pour toutes les questions d'orientation, les domaines nécessitant des recherches spéciales n'étant pas susceptibles d'être intégrés dans un système d'information permanent. Les indicateurs clefs qui devraient guider l'élaboration d'interventions dans le domaine de la collecte de données sont les suivants:

a) *Consommation de drogues dans l'ensemble de la population.* Cet indicateur correspond aux estimations de la prévalence et de l'incidence de la consommation de drogues dans l'ensemble de la population (15 à 64 ans). La connaissance du niveau de consommation de drogues dans une population donnée sert souvent de point de départ aux débats d'orientation. Établir des estimations de la prévalence et de l'incidence dans l'ensemble de la population constitue donc une tâche essentielle pour la plupart des systèmes d'information sur les drogues. L'attention est souvent concentrée sur les estimations de la prévalence, mais les taux d'incidence (nouveaux cas) peuvent être tout aussi importants pour l'information des décideurs. Qu'il s'agisse d'estimer la prévalence ou l'incidence, il convient de noter que cette activité ne se prête pas à l'application d'une méthode unique. Bien que les enquêtes constituent une méthode d'estimation, il existe également d'autres méthodes d'estimation consistant par exemple à recourir à des données provenant de systèmes de surveillance sentinelle et à des techniques d'estimation statistique indirecte. Il se peut que dans de nombreux pays il soit impossible à l'heure actuelle d'effectuer des enquêtes nationales sur la prévalence pour des raisons financières ou à cause de difficultés méthodologiques ou pratiques;

b) *Consommation de drogues chez les jeunes.* Cet indicateur correspond aux estimations de la prévalence et de l'incidence de la consommation de drogues chez les 15 à 24 ans. Étant donné que ce problème est souvent un sujet de préoccupation particulier pour les décideurs et que les cohortes d'âges concernées constituent une unité d'échantillonnage pratique, les estimations de la consommation de drogues chez les jeunes occupent une place importante dans de nombreux systèmes

d'information sur les drogues. Les enquêtes en milieu scolaire ont été largement utilisées pour établir de telles estimations. Toutefois, étant donné que les modes de fréquentation scolaire varient entre les pays et que les enquêtes peuvent exclure des sections importantes de la population de jeunes, d'autres approches peuvent également être nécessaires;

c) *Abus de drogues à haut risque.* Cet indicateur correspond aux estimations du nombre de consommateurs de drogues par injection et de la proportion de ceux qui se livrent à des comportements à haut risque et aux estimations du nombre de consommateurs quotidiens, réguliers ou dépendants. Certains comportements toxicomaniaques sont étroitement liés à de graves problèmes et méritent de ce fait une attention particulière. Les données les plus fréquemment recueillies dans ce domaine portent sur le nombre de consommateurs de drogues par injection et le nombre de consommateurs de drogues dépendants ou habituels. Des méthodes particulières sont nécessaires pour obtenir des informations sur des pratiques comme la consommation par injection qui, en raison de leur faible prévalence et du fait que l'on n'y a pas recours ouvertement, ne sont généralement guère prises en compte dans les estimations concernant l'ensemble de la population. S'agissant du lien entre la consommation de drogues par injection et la transmission d'agents infectieux, il est également nécessaire de recueillir des informations sur la fréquence des pratiques d'injection à haut risque (partage du matériel par exemple);

d) *Utilisation des services offerts aux toxicomanes.* Cet indicateur correspond au nombre de personnes sollicitant de l'aide pour résoudre un problème de drogues. Les registres de traitement tiennent souvent lieu d'indicateur indirect de la demande de traitement. Cette information est utile pour analyser le recours aux services et peut être utilisée comme un indicateur des tendances de la prévalence et des modes de consommation de drogues à haut risque. Lorsque ces services sont fournis principalement par des organismes sanitaires et sociaux non spécialisés, les registres de traitement peuvent ne pas être un indicateur approprié. Il convient de se souvenir que la portée, la structure et la nature des services offerts aux toxicomanes sont très différentes d'un pays à l'autre. Par conséquent, il est particulièrement important de disposer de définitions claires lorsque l'on communique des informations sur l'utilisation des services, ainsi que de connaître les problèmes de méthode et d'analyse dont il faut tenir compte pour tirer, à partir des données concernant les utilisateurs de services, des conclusions concernant les problèmes de drogues dans l'ensemble de la population;

e) *Morbidité liée à la drogue.* On entend par morbidité liée à la drogue les cas de maladies imputables directement ou dans une certaine mesure à la consommation de drogues. En l'occurrence, cet indicateur correspond principalement aux taux d'infection par le VIH, le virus de l'hépatite B et le virus de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues par injection. Les coûts sanitaires revêtent une importance évidente lorsqu'il s'agit d'informer les décideurs au sujet de la consommation de drogues illicites. Les paramètres communs comprennent les infections liées à la drogue comme l'infection par le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C ainsi que les facteurs de risques comportementaux parmi les consommateurs de drogues par injection. Des problèmes conceptuels se posent dans ce domaine et des travaux de mise au point supplémentaires sont nécessaires. En particulier, il est difficile d'estimer la contribution de la consommation de drogues à des cas de maladies dus également à d'autres causes et de déterminer la proportion de cas

imputables uniquement à la consommation de drogues lorsqu'un certain nombre d'autres causes possibles existent;

f) *Mortalité liée à la drogue.* Cet indicateur comprend les données sur les décès directement imputables à la consommation de drogues. Bien qu'elles puissent être utiles et qu'elles revêtent une importance évidente si elles sont fiables, ces données ne sont pas largement disponibles en règle générale. Il existe bien des données de diagnostic permettant d'établir une distinction entre la morbidité psychiatrique imputable à la consommation de drogues et celle imputable à d'autres causes. Toutefois, on ne dispose pas bien souvent de données ayant ce niveau de détail. En outre, la possibilité que certaines substances illicites provoquent des troubles psychiatriques ainsi que le rôle de troubles psychiatriques préexistants dans l'apparition de problèmes de drogue suscitent de nombreuses controverses. Quelle que soit la nature du rapport entre la consommation de drogues et les problèmes de santé mentale, la comorbidité reste un important motif de préoccupation étant donné que l'on constate souvent des taux élevés de consommation de drogues parmi les malades mentaux. Cet aspect est actuellement mal connu et nécessite de nouvelles recherches;

g) *Réseaux humains et structures institutionnelles.* Il ne suffit pas de définir de bonnes méthodes pour améliorer les moyens de collecte de données. Il faut également créer des réseaux et des structures institutionnelles appropriés afin d'avoir l'infrastructure voulue pour appuyer cette collecte et améliorer la capacité d'analyse et d'interprétation des informations sur la consommation de drogues.

B. Principes applicables à la collecte de données

12. Outre qu'ils sont parvenus à un consensus sur les indicateurs clefs de la consommation de drogues, les experts se sont dans l'ensemble mis d'accord sur les grands principes qu'il conviendrait de suivre pour recueillir des données sur la consommation de drogues. Ces principes sont les suivants:

a) Les données devraient être à jour et correspondre aux besoins des décideurs et des prestataires de services;

b) Bien qu'ils ne puissent à eux seuls permettre de connaître en détail les modes de consommation des drogues, les travaux visant à améliorer la comparabilité et la qualité des données au niveau international devraient être concentrés sur un nombre limité d'indicateurs et un ensemble gérable de données fondamentales prioritaires;

c) Des indicateurs simples de la consommation de drogues doivent être dûment analysés avant que des conclusions stratégiques ne puissent être tirées. L'analyse et l'interprétation des données statistiques de base sont grandement améliorées lorsqu'elles sont appuyées par des recherches tant qualitatives que quantitatives et des informations plus larges sur le contexte;

d) Des démarches multiméthodes et multisources sont particulièrement utiles dans le cadre de la collecte et de l'analyse de données sur la consommation de drogues et ses conséquences;

- e) Les données devraient être recueillies conformément à des principes méthodologiques rationnels afin d'en assurer la fiabilité et la validité;
- f) Les méthodes doivent respecter les cultures et les contextes différents dans lesquels elles doivent être employées et pouvoir s'y adapter;
- g) Les données devraient être recueillies, analysées et communiquées de façon aussi uniforme et comparable que possible afin de faciliter la tenue de discussions fructueuses sur les changements, les similitudes et les différences observées dans le domaine de la consommation de drogues;
- h) Les sources d'information devraient être clairement indiquées et pouvoir être réexaminées;
- i) Les données devraient être recueillies et communiquées conformément à des règles de déontologie de la recherche reconnues;
- j) La collecte des données dans les pays concernés devrait être matériellement possible, et ce moyennant un coût raisonnable.

C. Conseils pratiques pour la collecte de données

13. Pour améliorer la capacité technique sur le plan national, le Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues s'emploie à élaborer un outil méthodologique appelé *Référentiel GAP* sur l'épidémiologie de l'abus des drogues. Il s'agit d'un ensemble de modules interdépendants, dont chacun porte sur un aspect clef des activités de collecte de données. Le référentiel a été spécialement configuré en fonction des indicateurs clefs adoptés lors de la réunion de Lisbonne (voir par. 10), qui figurent dans la deuxième partie révisée du questionnaire destiné aux rapports annuels. Il est conçu pour fournir aux professionnels des conseils pratiques et accessibles sur les activités de collecte de données. Les modules actuellement en cours d'élaboration concernent les domaines suivants:

- a) Élaboration d'un système intégré d'information sur les drogues;
- b) Manuel pour la réalisation d'enquêtes sur l'abus des drogues en milieu scolaire;
- c) Estimations de la prévalence: méthodes indirectes d'évaluation de l'ampleur du problème de la drogue;
- d) Gestion et interprétation des données dans l'optique du questionnaire destiné aux rapports annuels;
- e) Analyse des données fondamentales concernant l'épidémiologie de l'abus de drogues;
- f) Réalisation de travaux de recherche qualitative et d'études d'évaluation ciblées;
- g) Questions et principes éthiques concernant l'épidémiologie de l'abus de drogues.

14. Les trois premiers modules du *Référentiel GAP* en langue anglaise, à savoir: "Developing an integrated drug information system", "Handbook for implementing

school surveys on drug abuse” et “Prevalence estimation: indirect methods for estimating the size of the drug problem”, sont actuellement disponibles sous forme électronique à l’adresse « www.unodc.org/odccp/drug_demand_gap_m_toolkit.html ». Les versions définitives de ces documents seront publiées vers le milieu de 2003. D’autres modules sont en cours d’élaboration; après mise à l’essai, ils devraient être disponibles vers la fin 2003 ou en 2004. D’autres modules encore concernant l’établissement de rapports sur le traitement ainsi que la surveillance de l’usage de drogues par injection et les facteurs liés au VIH sont actuellement prévus; leur mise en œuvre sera subordonnée aux ressources disponibles.

15. Le document de travail issu de la réunion de Lisbonne (voir par. 10) peut être consulté sur le site Web du Programme mondial d’évaluation de l’abus de drogues « www.unodc.org/pdf/drug_demand_gap_lisbon_consensus.pdf ».

16. Les principes applicables à la collecte de données sur la consommation de drogues, définis lors de la réunion de Lisbonne, ont été examinés à l’occasion de l’atelier intitulé “Global Workshop on Drug Information Systems: Activities, Methods and Future Opportunities”, qui s’est tenu à Vienne du 3 au 5 décembre 2000. Cette réunion qui a regroupé des experts techniques représentant des systèmes d’information nationaux et régionaux sur les drogues ainsi que des organismes internationaux compétents a permis de faire le point des nouvelles tendances de la consommation de drogues; de passer en revue l’ensemble des méthodes utilisées par les réseaux épidémiologiques régionaux et de recenser des possibilités de faire progresser la méthodologie; et d’envisager la collaboration future et la possibilité d’améliorer les méthodes de travail. Le rapport de l’atelier peut être consulté à l’adresse « www.unodc.org/pdf/gap_global_workshop_report.pdf ».

III. Prévention

17. Dans l’ensemble, parmi les jeunes en particulier, le taux d’abus de drogues est élevé dans de nombreux pays et les tendances constatées ne vont pas dans le bon sens. Toutefois, là où des mesures de prévention cohérentes et soutenues ont été prises, des résultats encourageants se font jour progressivement. Les signes de stabilisation et même de recul relevés par les États-Unis et l’Europe occidentale montrent bien que des stratégies globales de prévention peuvent fonctionner et fonctionnent. Il est toutefois nécessaire d’investir suffisamment de ressources dans les stratégies et programmes de prévention, d’admettre qu’il faille attendre un peu avant que des résultats ne se manifestent et d’adopter des principes et méthodes validés pour concevoir et mettre en œuvre ces stratégies et ces programmes.

18. Aucune méthode ou stratégie n’a permis de réduire en toutes circonstances l’abus de drogues parmi les jeunes. L’évaluation de divers programmes de prévention n’a pas révélé de remède universel qui pourrait être utilisé dans tous les pays et dans tous les contextes. De trop nombreux facteurs ont une influence sur l’abus de drogues et il est difficile de les dissocier. Il est donc nécessaire d’avoir recours à un ensemble d’interventions visant à renforcer les facteurs de protection connus et à affaiblir les facteurs de risque connus, chacune des interventions s’inscrivant dans une stratégie ou un programme plus large et se complétant mutuellement. En outre, il faut que les experts, les professionnels et les jeunes

eux-mêmes s'entendent sur les interventions et les principes qu'il convient d'envisager lors de la conception des programmes de prévention.

A. Interventions

19. Les leçons dégagées et l'expérience acquise sur plusieurs décennies dans le domaine de la prévention de l'abus de drogues semblent indiquer qu'il faudrait inclure trois grands éléments dans les programmes de prévention:

- a) Prise en compte des valeurs, des perceptions, des attentes et des convictions que la communauté associe aux drogues et à l'abus de drogues;
- b) Amélioration des compétences personnelles et sociales, surtout chez les enfants et les jeunes, pour les aider à faire des choix plus éclairés et plus sains;
- c) Création d'un environnement où chacun a la possibilité d'acquérir et de conserver un mode de vie sain.

20. Dans la pratique, la plupart des programmes de prévention contiennent en général au moins deux des types d'interventions suivants:

a) *Fourniture d'informations sur les substances et l'abus de substances.* On a constaté que le simple fait de fournir des informations sur les substances et l'abus de substances n'avait pas contribué à faire changer les comportements en matière d'abus. Toutefois, on a besoin d'informations exactes pour prendre des décisions saines et tous les programmes devraient être fondés sur des faits scientifiques et un bilan objectif et équilibré des effets des substances et de leur abus;

b) *Enseignement d'aptitudes à la vie quotidienne.* L'enseignement d'aptitudes à la vie quotidienne, tant au niveau du primaire que du secondaire, a été évalué en profondeur et s'est avéré être l'un des types d'interventions les plus efficaces. Les aptitudes à la vie quotidienne renvoient au fait de savoir s'adapter et d'avoir un comportement positif pour pouvoir faire face aux exigences et aux difficultés de la vie quotidienne. Cela suppose une conscience de soi, de l'empathie, des compétences en matière de communication, des qualités relationnelles, des compétences en matière de prise de décision, une aptitude à résoudre les problèmes, une imagination créatrice, un esprit critique, un caractère permettant de faire face aux émotions et au stress. De telles compétences, sur le plan personnel et social, associées aux informations pertinentes concernant les substances et l'abus de substances, aident les jeunes à faire des choix sains et à les expliquer et à les défendre devant leurs camarades;

c) *Solutions de substitution à l'abus de drogues.* Les solutions de substitution à l'abus de drogues sont notamment le sport, la danse, le théâtre et les activités de développement spirituel et culturel qui permettent aux jeunes d'employer leur temps libre de manière agréable, stimulante et saine. Cette stratégie n'a été que partiellement évaluée mais des éléments donnent à penser que, lorsqu'elles sont complétées par un programme de prévention adapté (combinant éventuellement information et acquisition d'aptitudes utiles pour la vie), les activités de substitution peuvent influencer favorablement sur les conduites à risque, notamment sur l'abus de drogues;

d) *Développement familial.* Les faits semblent indiquer que les campagnes de prévention consistant à donner aux parents et tuteurs des informations exactes au sujet de la consommation de drogues et les activités visant à améliorer le comportement parental, la communication et l'aptitude à gérer les conflits sont susceptibles de réduire l'abus de drogues parmi les enfants;

e) *Campagnes dans les médias.* Selon les études qui ont été réalisées, les campagnes dans les médias, généraux ou locaux, sont sans effet sur les habitudes d'abus de drogues. Elles peuvent toutefois sensibiliser à ces comportements et les faire mieux connaître, ce qui permet rarement de les faire changer mais peut utilement compléter et renforcer les messages et activités d'autres natures. Il peut donc être intéressant de lancer des campagnes dans les médias dans le cadre d'un programme de prévention plus complet;

f) *Mise en place d'un environnement favorable.* D'après les éléments dont on dispose, le fait d'être victime d'abandon et de violence et de n'avoir pas de formation suffisante, d'emploi ou d'accès aux services sanitaires et sociaux est un facteur de risque susceptible d'amener à la consommation voire, par la suite, à l'abus de drogues. C'est pourquoi, même si ce type d'intervention n'a pas fait l'objet d'évaluations rigoureuses, il semble qu'apporter conseils et appui pour résoudre une situation d'abandon ou de violence au sein de la famille ou de la communauté, permettre d'acquérir une meilleure qualification professionnelle, offrir des services d'orientation professionnelle et aider les services sanitaires et sociaux à satisfaire les besoins de leur clientèle puisse, dans le cadre d'un programme global, contribuer à prévenir l'abus de drogues.

B. Principes en matière de prévention

21. Outre les types d'intervention décrits ci-dessus, plusieurs principes élémentaires relatifs à la mise en pratique des méthodes de prévention ont aussi été recensés. Ces principes sont brièvement exposés ci-après, avec des indications sur la manière de les appliquer dans le cadre des diverses interventions mentionnées ci-dessus.

1. Commencer à un âge précoce et poursuivre à tous les stades de développement

22. Des études ont permis d'établir que plus les jeunes commencent tôt à consommer des drogues illicites, plus, par la suite, le problème de toxicomanie est grave. Il serait donc souhaitable de retarder le moment de la première prise de drogue, même s'il risque d'être difficile d'en empêcher complètement l'abus. Par ailleurs, l'âge de la première prise a baissé dans de nombreuses régions du monde, d'où la nécessité de commencer les activités de prévention le plus tôt possible. Cela étant, la façon dont un enfant ou un jeune perçoit les drogues évoluant considérablement avec le temps, il ne suffit pas de commencer la prévention à un âge précoce. Il faut mener une action continue, renforcée à différents stades de développement des enfants et des adolescents, en particulier aux étapes de transition critiques. Ces deux points ont des conséquences majeures s'agissant de prévention en milieu scolaire. La diffusion d'informations et le perfectionnement des aptitudes personnelles et sociales devraient intervenir dès l'école primaire et se poursuivre tout au long du secondaire.

2. Promouvoir des modes de vie sains

23. Il faudrait que la prévention ne porte pas seulement sur une drogue, mais sur l'abus des substances psychoactives en général, y compris le tabac, l'alcool et les produits à inhaler. Il est d'ailleurs justifié d'inscrire la prévention dans le concept plus large de promotion de la santé, qui vise toutes les pratiques nuisibles au bien-être physique et mental. Ainsi, les aptitudes sociales et personnelles qui permettent d'éviter l'abus de substances et d'autres comportements à risque, comme les rapports sexuels non protégés, sont les mêmes; un programme complet pourrait prévoir de développer ces aptitudes et donner des exemples en fonction de diverses conduites à risque. Il se pourrait aussi qu'une action destinée à améliorer le bien-être général des jeunes et de la communauté, notamment en proposant des possibilités d'éducation et d'emploi satisfaisantes et en mettant à disposition des services sanitaires et sociaux accueillants contribue à prévenir l'abus de drogues.

3. Faire participer les bénéficiaires, en particulier les jeunes

24. Il est de plus en plus manifeste que les activités de prévention de l'abus de drogues gagnent en efficacité lorsque ceux qui en bénéficient participent à leur conception, à leur mise en œuvre et, comme c'est de plus en plus souvent le cas, à leur suivi et leur évaluation. La plupart des initiatives de prévention étant menées en direction des jeunes, ce sont eux qui sont plus particulièrement concernés. La transmission d'informations entre camarades est un exemple de mise en pratique de ce principe. L'idée est que le message est plus susceptible d'être pris en considération, parce qu'il apparaît plus crédible, lorsqu'il est transmis par quelqu'un qui a une expérience analogue à celle du public visé. Cela est particulièrement vrai dans le cas des jeunes, pour qui les camarades sont un point de référence essentiel. La prévention de l'abus de drogues faisant intervenir des jeunes dans la gestion et la mise en œuvre d'activités éducatives a fait la preuve de son efficacité.

25. Comme pour n'importe quelle autre intervention, une planification minutieuse est indispensable. Il faut choisir avec soin ceux qui feront fonction d'éducateurs, selon leurs aptitudes à la communication et le public visé, et s'assurer qu'ils sont suffisamment formés et épaulés. Cette forme de transmission de l'information fonctionne également sur le lieu de travail et dans d'autres milieux où il est important d'établir la confiance pour faire passer des messages de prévention.

26. Plus généralement, s'agissant de diffusion d'informations et de campagnes de sensibilisation (par l'intermédiaire des médias généraux ou locaux), il est essentiel de tester auprès des jeunes les solutions retenues pour s'assurer qu'elles sont pertinentes, tant du point de vue du message que du mode de diffusion. Il est apparu que la participation des jeunes aux tout premiers stades de la conception d'activités de substitution à l'abus de drogues était également une bonne chose, les jeunes sachant mieux en effet ce qui est susceptible d'attirer l'intérêt de leur semblables.

4. Faire participer les personnes intéressées

27. Des études ont montré que, lorsque les personnes intéressées participent à la planification et à la mise en œuvre d'activités de prévention, ces dernières ont plus de chances d'être efficaces du fait qu'elles font appel aux ressources de la collectivité et sont donc plus faciles à inscrire dans la durée, et que le risque d'envoyer des messages contradictoires est réduit. Cela vaut aussi pour les

programmes de prévention à l'abus de drogues en milieu scolaire. Tout programme complet doit obligatoirement inclure une politique sur l'abus de substances tant licites qu'illicites à l'école. La meilleure manière de mettre au point une telle politique est de collaborer avec les enseignants, les parents et les élèves. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir toutes les personnes intéressées de la même manière au même moment, mais il faudrait mettre en place des mécanismes qui permettent au moins de tenir toutes ces personnes informées des interventions menées et de répondre à leurs éventuelles préoccupations.

5. Adopter des stratégies ciblées

28. Toutes les personnes qui font ou qui risquent de faire abus de drogues ne sont pas identiques ni uniformément vulnérables. Les stratégies devraient donc être soigneusement adaptées à des groupes cibles clairement définis. Les programmes devraient tenir compte de l'âge et du sexe, du niveau de développement des intéressés, et du contexte culturel. En outre, les agents chargés de la prévention devraient être suffisamment souples pour aller au devant de ces personnes là où elles se trouvent et engager avec elles un dialogue constructif concernant leurs choix et leurs options en matière d'abus de drogues. Autrement dit, il faudrait porter la prévention de la toxicomanie dans la rue et partout où il est nécessaire de faire passer des messages efficaces.

6. Poursuivre les programmes sur le long terme

29. En matière d'abus de drogues, les comportements évoluent en général lentement. D'après des études qui ont été consacrées à l'attitude des jeunes à l'égard des drogues et à la perception des risques et nuisances associés à des drogues et des modes d'abus donnés, il pourrait falloir jusqu'à trois ans pour qu'une évolution de cette perception se traduise par une augmentation ou une diminution de l'abus de la drogue correspondante. Pour être efficace, les programmes de prévention doivent donc être menés sur le long terme.

30. Les interventions et principes décrits ci-dessus donnent déjà une bonne indication de la manière dont les programmes de prévention doivent être conçus et mis en œuvre pour être efficaces, mais des études sont encore nécessaires pour identifier avec plus de précision les facteurs de risque et de protection et déterminer comment réagir.

C. Conseils pratiques en matière de prévention

31. Avec le concours déterminant de nombreux groupes de jeunes et d'organisations locales internationales, le PNUCID réalise actuellement une série de manuels et de guides proposant des exemples de mise en pratique des principes décrits ci-dessus dans le cadre de différentes actions de prévention. Certains de ces manuels et guides ont déjà été publiés, d'autres sont encore en cours d'élaboration (sauf indication contraire, tous sont publiés par le PNUCID):

a) *Guide pour l'élaboration et l'amélioration de programmes participatifs de prévention de l'abus des drogues chez les jeunes*, 2002 (disponible dans toutes les langues officielles de l'ONU);

- b) *Expression artistique: l'expression artistique et la prévention de l'abus de drogues*, 2001 (disponible dans toutes les langues officielles de l'ONU);
- c) *Des partenaires égaux: organisation de manifestations "pour les jeunes et par les jeunes"*, 2001 (disponible dans toutes les langues officielles de l'ONU);
- d) *Sport: le sport au service de la prévention de l'abus de drogues*, 2002 (disponible dans toutes les langues officielles de l'ONU);
- e) *Training Workshop On Needs Assessment and Programme Planning: A Booklet for Participants and Facilitators' Guidelines*, 2002 (prépublication disponible en anglais);
- f) *Primary Prevention of Substance Abuse: A Facilitator Guide et A Workbook for Project Operators*, OMS, 2000;
- g) *Lessons Learned In Drug Abuse Prevention: A Global Review*, 2002;
- h) *Drug and Alcohol Problems at Work: The Shift to Prevention*, OIT/PNUCID, 2003;
- i) "Bonnes pratiques pour l'évaluation et la planification d'actions de prévention de l'abus de substances" (en cours de préparation);
- j) "Bonnes pratiques pour le recours aux activités de substitution à l'abus de substances" (en cours de préparation).

32. Les titres déjà publiés sont également disponibles sur le site de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime aux adresses suivantes: (www.unodc.org/youthnet/youthnet_action.html et www.unodc.org/pdf/demand_reduction_lessons_learned.pdf).

IV. Traitement et réadaptation

33. On peut considérer la dépendance à la drogue comme une affection chronique ou récurrente, susceptible d'avoir des conséquences graves comme l'éclatement de la famille, le manque de compétence professionnelle, la criminalité ou des troubles psychiatriques. Le traitement de l'abus de drogues doit avoir pour but d'améliorer la santé et de réduire les problèmes sociaux des patients, et ce but peut être atteint pour un coût raisonnable grâce à une bonne organisation et une prestation de soins adaptée. Cela étant, la plupart des gens qui entreprennent un traitement ont auparavant essayé de se soigner par eux-mêmes mais sans succès, et la plupart de ceux qui guérissent sont passés par plusieurs phases de traitement.

34. Les conclusions des recherches montrent clairement que le meilleur traitement qui puisse être proposé aux toxicomanes lourds est un traitement continu, comme pour d'autres maladies chroniques, qui prenne en charge les multiples problèmes susceptibles d'entraîner une rechute (symptômes d'ordre médical et psychiatrique et instabilité sociale) et qui soit dispensé par des services bien intégrés dans la société, de manière à être facilement accessibles et à éviter les rechutes.

35. Les études qui ont été réalisées ces 30 dernières années n'ont cessé de montrer que le traitement permettait effectivement de réduire l'abus de drogues et la

dépendance et, par voie de conséquence, la criminalité, les problèmes d'ordre sanitaire et les coûts.

36. Les paragraphes ci-après présentent un résumé, par thème, de l'efficacité et des principaux effets du traitement de l'abus de drogues tel qu'il est actuellement pratiqué (voir également la publication intitulée *Contemporary Drug Abuse Treatment: A Review of the Evidence Base*, PNUCID, 2002).

A. Interventions

1. Désintoxication – stabilisation

37. Cette phase de traitement concerne les personnes souffrant de symptômes de sevrage consécutifs à une période prolongée d'abus de drogues. La désintoxication peut se définir comme un processus englobant soins médicaux et pharmacothérapie et visant à aider le patient à parvenir à l'abstinence et à des niveaux physiologiquement normaux de fonctionnement, avec un inconfort physique et émotionnel minimal.

38. S'agissant de l'héroïne et d'autres opioïdes, certains éléments donnent à penser que la désintoxication des personnes dépendantes peut être facilitée par le recours à des agonistes opioïdes à doses dégressives et à deux substances non opioïdes, à savoir la clonidine et la lofexidine. Dans le cas des opioïdes, les cures de désintoxication rapides et ultrarapides à l'aide de substances telles que la naloxone ou la naltrexone ne présentent pas d'avantage notable par rapport aux méthodes actuelles et elles ne sont pas plus efficaces s'agissant d'amener les patients à l'abstinence ou de prévenir les rechutes. En outre, la méthode de désintoxication ultrarapide n'est pas exempte de risques médicaux.

39. L'efficacité des cures de désintoxication en établissement (hôpital ou institution) ou en service de soins ambulatoires (le patient reste dans son milieu habituel) suscite de nombreuses controverses. En général, les cures de désintoxication en établissement sont jugées particulièrement adaptées aux patients souffrant de problèmes médicaux et psychiatriques aigus et aux alcooliques. Les patients moins atteints, présentant moins de complications médicales et vivant dans un milieu familial stable où ils sont soutenus peuvent suivre un traitement de désintoxication en restant chez eux.

2. Réadaptation – prévention des rechutes

40. Cette phase de traitement vise les patients qui ne souffrent plus de problèmes physiologiques ou émotionnels aigus dus à un récent abus de drogues. Elle a pour principaux objectifs de prévenir la reprise de la consommation, d'apprendre au patient à maîtriser son besoin irrépressible de drogues et de l'aider à améliorer son état de santé et son fonctionnement social.

41. Cette phase de traitement comprend divers éléments: médications pour traiter les troubles psychiatriques et atténuer le besoin de drogues; pharmacothérapies de substitution pour attirer et réadapter les patients; consultations individuelles et de groupe et thérapies destinées à orienter et encourager les changements de comportement; et groupes d'entraide pour apporter un soutien permanent aux patients devenus abstinentes.

Facteurs liés aux patients et au traitement

42. Il est apparu que plusieurs facteurs liés aux patients et au traitement influençaient les résultats du traitement. Les facteurs liés aux patients sont notamment les suivants: gravité de l'abus de substances, symptômes psychiatriques, motivation, emploi et appui familial et social. Par ailleurs les facteurs liés au traitement sont les suivants:

a) *Cadre*. Dans la plupart des systèmes de traitement, il est recommandé d'orienter vers les centres de traitement ambulatoire/de jour les patients dotés de ressources personnelles et sociales suffisantes et qui ne présentent pas de complications médicales graves. La demande de soins en institution est généralement élevée et il semble logique de privilégier ce cadre pour les patients qui ont des problèmes aigus et chroniques et qui sont exposés à des facteurs sociaux de stress et/ou à un environnement susceptible de compromettre la mise en route du traitement et la guérison;

b) *Achèvement et prolongation du traitement*. D'après les données disponibles, les patients qui suivent leur traitement jusqu'à la fin obtiendront de meilleurs résultats en postcure que les autres. Cela vaut également pour les patients qui prolongent le traitement au-delà de la durée prédéterminée, à savoir au moins trois mois pour les programmes en institution, 28 jours pour les programmes de traitement en établissement ou les programmes en institution de courte durée et un an pour les traitements ambulatoires d'entretien à la méthadone. Toutefois, la durée du traitement n'est pas le seul critère de résultat, l'ampleur ou le niveau des progrès thérapeutiques obtenus étant en effet plus pertinents;

c) *Pharmacothérapies*. Plusieurs types de pharmacothérapie de la dépendance aux opioïdes ont été mis au point et largement évalués lors de la phase de réadaptation et de prévention de la rechute. S'agissant des agonistes (méthadone, lévo-alphaacétilméthadol (LAAM) et buprénorphine), la méthadone a fait l'objet d'une évaluation très détaillée dans de nombreux pays. De nombreuses études ont indiqué une réduction durable de l'abus d'héroïne, des comportements à risque face au VIH, des infractions liées à la drogue ou des délits contre les biens chez les patients ayant commencé un traitement d'entretien à la méthadone. Il ressort clairement que le dosage de méthadone est en corrélation positive avec la durée du traitement et en corrélation négative avec l'abus d'héroïne. Le LAAM a une durée d'action plus longue que la méthadone, puisqu'il permet de supprimer le syndrome de sevrage pendant 48 à 72 heures et peut être administré trois fois par semaine. La buprénorphine est un opioïde synthétique doté de propriétés agonistes et antagonistes. La recherche a montré que cette substance est un agent d'entretien efficace qui, en cas de surdose, a un meilleur profil d'innocuité que la méthadone et d'autres agonistes. En ce qui concerne les antagonistes, les données de la recherche appuient l'utilisation d'un antagoniste opioïde, la naltrexone, dans les programmes de prévention des rechutes, car il est particulièrement bénéfique dans le cas des patients qui sont très motivés pour prendre quotidiennement leur médication et lorsque qu'il est administré en association avec diverses thérapies psychosociales. En comparaison, le traitement à la méthadone est beaucoup plus long. Toutefois, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre traitement, les taux d'abus d'héroïne sont analogues. Malgré les nombreuses recherches effectuées et plusieurs tentatives de mise au point d'antagonistes pour le traitement de la dépendance à la cocaïne, les résultats sont jusqu'à présent décevants. Il n'existe actuellement pas de preuves

convaincantes quant à l'efficacité des différents types d'agents bloquants de la cocaïne, même parmi une minorité significative de patients;

d) *Services de conseils.* L'accès des toxicomanes à des services réguliers de conseils peut sensiblement contribuer à encourager la participation du patient et à améliorer les résultats du traitement. Par exemple, des études ont montré que les patients qui suivent un traitement d'entretien à la méthadone et qui participent en outre à des séances d'accompagnement réduisent davantage leur consommation de drogues. Les différents types de services de conseils et de thérapies comportementales sont notamment les suivants:

i) *Les services de conseils ambulatoires* qui préconisent l'abstinence, associée à une réduction de la consommation de drogues et de la délinquance, ainsi qu'à une amélioration de l'état de santé et du bien-être. Les études comparant l'efficacité relative de la psychothérapie et des services de conseils n'ont toutefois pas donné de résultats concluants;

ii) *Les entretiens de motivation* qui se fondent sur une intervention thérapeutique brève dont l'objet est d'aider les patients à changer de comportement. Les études indiquent que les patients qui ont eu des entretiens de motivation réduisent leur consommation de drogues illicites, suivent un traitement plus longtemps et rechutent moins vite que les patients des groupes de contrôle;

iii) *Les approches cognitives/comportementales* qui supposent l'acquisition de compétences sociales et communicationnelles, la gestion du stress et de l'humeur et l'affirmation de soi. De toutes les interventions psychosociales, c'est la méthode qui a été la plus souvent évaluée et qui a obtenu des résultats encourageants, notamment dans le cas des usagers de cocaïne, en termes d'achèvement du traitement et de semaines d'abstinence;

iv) *Le processus d'appui communautaire et le contrat de gestion des urgences* qui renvoient à une thérapie comportementale incorporant des mesures d'incitation communautaires et des conseils sur la gestion des urgences. Cette méthode a donné des résultats encourageants pour le traitement de la dépendance à la cocaïne, et s'est avérée plus efficace en termes de poursuite du traitement, d'abstinence et de comportement personnel que les services de conseils traditionnels;

v) *Les effets du conseiller et du thérapeute* qui montrent que l'engagement thérapeutique et un nombre accru de séances de conseils de qualité ont une incidence positive directe sur le suivi du traitement. En outre, les études semblent indiquer que les conseillers qui ont un sens aigu des relations humaines voient leurs patients plus souvent, les orientent le cas échéant vers des services auxiliaires et établissent avec eux une "alliance thérapeutique" concrète ce qui permet d'obtenir de meilleurs résultats;

vi) *La participation à des groupes d'auto-assistance* et plus précisément à des groupes post-thérapeutiques qui, selon certaines études, donne de meilleurs résultats chez les cocaïnomanes et les alcooliques.

3. Phase de réinsertion

43. L'objectif ultime du traitement et de la réadaptation est de réinsérer l'ex-toxicomane dans la société. Une réinsertion sociale réussie exige des efforts soutenus, notamment un appui familial et communautaire, une orientation professionnelle, une assistance sur le lieu de travail, le rétablissement de l'assurance maladie, ainsi que des services éducatifs formels et informels afin de déstigmatiser l'abus de drogues.

B. Principes de traitement et de réadaptation

44. Un traitement conforme aux "pratiques optimales" comprend des mécanismes permettant d'atteindre les objectifs ultimes du processus thérapeutique, à savoir la réadaptation et la réinsertion sociale du toxicomane. Dans la plupart des cas, les objectifs thérapeutiques spécifiques sont les suivants:

- a) Abstinence ou réduction de l'usage des substances et de leurs effets;
- b) Amélioration de l'état général de santé du toxicomane et réduction des conséquences sanitaires néfastes de l'abus des drogues, en particulier le VIH/sida;
- c) Amélioration de l'état de santé psychologique du toxicomane;
- d) Amélioration de la vie familiale et du comportement social du toxicomane;
- e) Développement des aptitudes éducatives et/ou professionnelles du toxicomane;
- f) Amélioration du comportement professionnel du toxicomane et de la gestion de ses finances;
- g) Diminution de la délinquance liée aux drogues.

45. Tenant compte des données scientifiques récentes qui prouvent que le traitement est efficace, le PNUCID soutient la mise en place de services de traitement et de réadaptation des toxicomanes qui, pour l'essentiel doivent:

- a) S'adapter à la situation locale et aux traditions culturelles;
- b) S'intégrer dans un système diversifié et coordonné à l'échelon de la collectivité;
- c) Être conçus pour atteindre différents groupes de toxicomanes, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes ayant des démêlés avec la justice et pour répondre à leurs besoins;
- d) Offrir des services aisément accessibles;
- e) Offrir un large éventail d'éléments, notamment: consultations, thérapies comportementales et médicaments (étant entendu que la désintoxication ne constitue que la première étape préparatoire d'un traitement continu et qu'il est peu probable qu'elle mène à une abstinence à long terme);
- f) Offrir une prise en charge à long terme, le traitement de la toxicomanie comprenant généralement des épisodes multiples;

g) Répondre aux besoins de l'intéressé tout au long du processus de rétablissement et non uniquement aux besoins liés à son usage/abus de drogues;

h) Associer d'autres services pertinents (santé, prévention et prise en charge du VIH/sida, et en particulier, éducation, logement, formation professionnelle et appui social);

i) S'assurer le concours d'un personnel compétent.

46. Les services de traitement et de réadaptation doivent également faire face à l'émergence du VIH/sida lié à l'abus de drogues, en particulier à l'usage de drogues par injection, et promouvoir l'accès aux services sanitaires et sociaux adéquats, y compris à ceux dont l'objectif essentiel n'est pas nécessairement l'abstinence de l'usage de drogues, comme les services de prévention du VIH/sida. Il faut donc veiller à offrir une gamme complète de soins par l'intermédiaire de services qui se renforcent mutuellement. Ainsi, les services de prévention du VIH/sida peuvent être la "porte d'accès" au traitement de la toxicomanie grâce à des entretiens de motivation et à une orientation du patient vers les services pertinents. De même, les services de traitement et de réadaptation peuvent jouer un rôle important dans la prévention de la transmission du VIH/sida en favorisant l'échange de connaissances et de compétences appropriées sur le sujet.

C. Indications pratiques concernant le traitement et la réadaptation

47. Conformément à la priorité établie par la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, qui est de fonder les stratégies sur les acquis de la recherche et sur les enseignements tirés de l'expérience, le PNUCID s'est engagé à fournir des conseils et une assistance aux États Membres pour l'évaluation des services et programmes de traitement de l'abus de drogues.

48. Pour ce faire, et en collaboration avec l'OMS et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, le PNUCID a publié des lignes directrices et des manuels axés sur les différentes composantes de l'évaluation du traitement. En outre, un manuel destiné aux conseillers en matière de drogues en Afrique a été établi pour répondre aux besoins locaux. De plus amples informations sur ces publications sont disponibles à l'adresse suivante: « www.unodc.org/odccp/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html ».

V. Prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues

49. La présente section est fondée sur l'expérience de divers organismes des Nations Unies dans le domaine de la prévention et du traitement de l'abus de drogues et de l'infection à VIH, ainsi que sur les principes généraux pertinents qui sous-tendent les activités de l'ONU. Elle s'inspire en outre des résultats de la recherche pour recommander des pratiques optimales reposant sur des données probantes, fournir des orientations générales et indiquer certains principes de programmation pour la prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues.

50. Le risque de propagation du VIH est très élevé parmi ceux qui partagent et utilisent des seringues contaminées. Les toxicomanes par injection font souvent

partie de réseaux étroitement soudés et partagent en général le matériel d'injection de sorte que le VIH peut se propager rapidement parmi les membres du groupe. L'usage de drogues par injection est le principal ou l'un des principaux modes de transmission du VIH dans de nombreux pays d'Asie, d'Amérique latine, d'Amérique du Nord et d'Europe.

51. De nombreuses études ont montré que, proportionnellement, les usagers de drogues par injection se livrent souvent à la prostitution ou à des activités sexuelles à haut risque. L'usage de drogues par injection peut contribuer en outre à l'augmentation de l'incidence de l'infection à VIH en raison, d'une part, de la transmission du virus de mères s'injectant des drogues à leur enfant et, d'autre part, des relations sexuelles entre usagers injecteurs et non injecteurs.

52. Les risques, pour les toxicomanes, de contracter le VIH, ne sont pas uniquement liés à l'injection. De nombreuses substances psychoactives, consommées par injection ou non, notamment l'alcool, présente des risques, car elles affectent la capacité des intéressés d'opter pour un comportement sexuel sans danger. Les études ont montré que l'usage de crack était lié à des taux élevés de comportements sexuels à haut risque. Ainsi, aux États-Unis, les cas de sida sont de plus en plus fréquents chez les usagers de crack.

A. Interventions

53. L'un des problèmes les plus pressants auquel les décideurs sont confrontés concerne l'application de stratégies visant à prévenir la propagation du VIH parmi les toxicomanes par injection. Les études ont montré qu'il est possible de prévenir la transmission du virus parmi ce groupe et que, dans certains cas, l'épidémie a déjà reculé et la tendance s'est même inversée. Les activités de prévention du VIH ci-après ont eu des incidences sur la prévalence du virus et les comportements à haut risque: sensibilisation au sida, accès aux préservatifs et à du matériel d'injection propre, conseils et traitement de la toxicomanie.

1. Traitement de la toxicomanie

54. Le traitement de la toxicomanie est l'une des stratégies susceptibles d'avoir une incidence sur la prévention de l'infection à VIH. De nombreuses études à grande échelle ont montré que des patients qui participent à un traitement de substitution (entretien à la méthadone, par exemple), à une communauté thérapeutique et à des programmes ambulatoires sans médication, diminuent nettement leur consommation de drogues. Plusieurs études sur les modifications des comportements à risque chez les patients sous traitement ont établi une corrélation entre les patients qui prolongent ou achèvent leur traitement et les patients qui réduisent leurs comportements à risque ou renforcent leurs comportements de protection. Toutefois, il paraît plus facile de modifier la consommation de drogues illicites que de changer un comportement sexuel à haut risque.

2. Activités de proximité

55. Les toxicomanes qui sont exposés au risque de contracter le VIH ne choisissent pas tous d'entreprendre un traitement de désintoxication et ce traitement peut s'avérer peu attrayant pour les usagers qui s'injectent des drogues depuis peu.

Qui plus est, la désintoxication est un processus long fréquemment assorti de multiples épisodes de traitement. Les rechutes dans la toxicomanie et les comportements à haut risque peuvent se produire pendant ou après une prise en charge réussie. C'est pourquoi diverses activités de proximité ont été conçues pour atteindre les toxicomanes qui ne suivent pas de traitement, les inciter à modifier leurs comportements et leur apporter un appui. Les résultats de la recherche indiquent que les activités de proximité menées en dehors du contexte traditionnel de la prise en charge sanitaire et sociale permettent de toucher des usagers de drogues par injection qui ne suivent pas de traitement, d'orienter davantage de personnes vers les services de traitement et, le cas échéant, de réduire les comportements à risque associés à la consommation de drogues illicites, les comportements sexuels à risque, ainsi que l'incidence du VIH.

3. Programme d'échange de seringues et d'aiguilles

56. Plusieurs études portant sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles ont montré une réduction des comportements à risque liés au partage d'aiguilles ainsi qu'une diminution de la transmission du VIH. Ces programmes ne semblent pas susciter une augmentation de l'usage de drogues par injection ou d'autres dangers de santé publique. Ils permettent par ailleurs d'établir des liens entre les toxicomanes et les prestataires de services, y compris en matière de traitement de la toxicomanie. Ils sont toutefois beaucoup plus efficaces si l'échange de seringues et d'aiguilles s'accompagne d'une sensibilisation au sida, de conseils et d'une orientation vers différentes possibilités de traitement.

B. Principes de prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues

57. Pour endiguer l'épidémie de VIH/sida, il est nécessaire d'adopter une stratégie en trois points: a) prévenir l'abus de drogues, en particulier parmi les jeunes; b) faciliter l'accès au traitement; et c) mener des activités de proximité efficaces en vue d'associer les toxicomanes à des stratégies de prévention du VIH qui ont pour but de les protéger, ainsi que leurs partenaires et leurs familles, contre ce virus et de promouvoir le traitement et la prise en charge médicale. Plus précisément, les principes décrits ci-dessous doivent être pris en compte lors de l'élaboration de programmes et de mesures de lutte contre le VIH/sida associé à l'abus de drogues.

1. Droits de la personne

58. La protection des droits de la personne est essentielle pour une prévention efficace du VIH/sida. Les personnes sont davantage exposées à l'infection lorsque leurs droits économiques, sanitaires, sociaux ou culturels ne sont pas respectés et il est alors plus difficile de lutter efficacement contre l'épidémie.

2. Intervention précoce

59. La prévention du VIH/sida devrait débiter au plus tôt. Dès l'instant où le VIH/sida est présent au sein d'une communauté locale de toxicomanes par injection, il peut se propager très rapidement. Par ailleurs, l'expérience a montré que les toxicomanes par injection sont capables de modifier leur comportement s'ils bénéficient d'un appui adéquat.

3. Évaluation de la situation

60. Les interventions devraient reposer sur l'évaluation régulière de la nature et de l'ampleur de l'abus de drogues, ainsi que des tendances et des caractéristiques de l'infection à VIH. Elles doivent mettre à profit les connaissances et l'expertise issues de la recherche, notamment la connaissance empirique du milieu social dans lequel évoluent les usagers de drogues, ainsi que les enseignements tirés d'interventions précédentes.

4. Approche globale

61. Pour que les mesures de prévention puissent vraiment modifier l'évolution de l'épidémie dans un pays, il est essentiel de couvrir l'intégralité des populations visées et d'atteindre autant de personnes à risque que possible. Par ailleurs, un ensemble complet de mesures de prévention du VIH/sida chez les toxicomanes pourrait porter notamment sur la sensibilisation au problème du sida, l'acquisition de compétences pratiques pour la vie quotidienne, la distribution de préservatifs, la prestation de services consultatifs et le dépistage du VIH à titre volontaire et confidentiel, l'accès à des aiguilles et des seringues propres et à des désinfectants, et l'orientation vers différentes possibilités de soins.

5. Intégration dans des programmes sociaux et sanitaires plus vastes

62. Les programmes de réduction de la demande de drogues et de prévention du VIH devraient être intégrés dans des politiques plus vastes de promotion de la santé et du bien-être social et dans de grands programmes d'éducation préventive. Les mesures spécifiques de réduction de la demande de drogues et de prévention du VIH devraient être soutenues par un environnement propice véhiculant des modes de vie sains, à la fois attractifs et accessibles, par des mesures de réduction de la pauvreté et des possibilités d'éducation et d'emploi.

6. Mesure de substitution à l'incarcération et prestation de services dans le système de justice pénale

63. Les problèmes d'abus de drogues ne peuvent être résolus simplement par des mesures de justice pénale. Une approche répressive peut pousser à la clandestinité les personnes qui ont le plus besoin de services de prévention et de prise en charge. S'il y a lieu, il faudrait proposer un traitement de la toxicomanie, soit comme alternative à la sanction, soit en complément. Les programmes de prévention du VIH et de traitement de la toxicomanie exécutés dans le cadre des institutions de justice pénale sont également des éléments importants dans la prévention de la transmission du VIH.

7. Traitement accessible et flexible

64. Les services de traitement doivent être aisément accessibles et flexibles. Si le traitement n'est pas immédiatement disponible ou aisément accessible, certains demandeurs risquent de ne pas être pris en charge. Les systèmes de traitement doivent offrir toute une série de possibilités de traitement pour répondre aux divers besoins des toxicomanes et fournir en outre une évaluation continue des besoins des patients, qui peuvent varier au cours du traitement. Un traitement prolongé et l'achèvement d'un traitement engendrent une réduction des comportements à risque

ou une augmentation des comportements de protection vis-à-vis du VIH. Les programmes de traitement de la toxicomanie devraient comporter un bilan du VIH/sida et d'autres maladies infectieuses ainsi que des services de conseils en vue d'aider les patients à modifier les comportements qui les exposent eux, ainsi que d'autres, aux risques d'infection. Les besoins médicaux des toxicomanes devraient faire l'objet d'une attention particulière (services de soins de santé primaires sur place et renvoi à des institutions de soins médicaux).

8. Participation des groupes cibles

65. L'élaboration de mesures efficaces pour lutter contre le problème du VIH parmi les toxicomanes sera en général plus aisée si l'on tient compte de l'opinion de ces derniers et des communautés dans lesquelles ils vivent et si l'on s'assure de leur participation active dans toutes les phases de l'élaboration et de l'exécution des programmes. Les programmes doivent vraiment répondre aux besoins des personnes auxquelles ils s'adressent.

9. Comportements sexuels à risque

66. Les programmes de prévention du VIH devraient également porter sur les comportements sexuels à haut risque des personnes qui s'injectent des drogues ou consomment d'autres substances. Les résultats de la recherche montrent une augmentation de la transmission du VIH par voie sexuelle chez les usagers de drogues par injection ainsi que les consommateurs de crack. Pour les toxicomanes, le risque sexuel fait partie d'un ensemble de risques, associés notamment à la surdose ou au partage de seringues, qui peuvent être considérés comme plus immédiats et plus importants. La transmission sexuelle du VIH parmi ce groupe est donc souvent sous-estimée.

10. Activités de proximité

67. Pour atteindre les groupes qui ne fréquentent pas les services existants ou qui n'ont pas accès à l'éducation sanitaire traditionnelle, il est nécessaire de prévoir des activités de proximité et d'éducation par les pairs en dehors des structures normales d'accueil, des heures de travail et autres arrangements professionnels courants. Pour faire face à l'augmentation du nombre de patients et à la surcharge de travail susceptibles de résulter des activités de proximité, il est nécessaire de disposer de ressources complémentaires adéquates.

11. Prise en charge et appui

68. Une prise en charge et un appui, faisant intervenir la collectivité doivent être offerts aux toxicomanes touchés par le VIH/sida ainsi qu'à leur famille (accès à des soins abordables à domicile ou en institution, interventions efficaces de prévention du VIH, services juridiques et sociaux de base, appui psychosocial et services de conseil, notamment).

C. Conseils pratiques relatifs à la prévention du VIH/sida lié à l'abus de drogues

69. En vue d'apporter aux personnes concernées par l'organisation et l'exécution de stratégies et de programmes de prévention de l'abus de drogues et du VIH/sida des informations sur les enseignements utiles et les pratiques optimales dans ce domaine, le PNUCID et l'ONUSIDA ont publié une brochure sur les leçons tirées des campagnes de prévention des abus et du VIH, qui présente en détail une série de pratiques suivies en Europe centrale et orientale ainsi que dans les États d'Asie centrale, où l'usage de drogues par injection est un facteur important de propagation de l'épidémie de VIH. Cette brochure peut être consultée (en anglais et en russe) à l'adresse ci-après: « www.unodc.org/odccp/report_2001-08-31_1.html ». Le site Web de l'ONUSIDA présente également divers exemples de pratiques optimales, dont celles liées à l'usage de drogues par injection (voir: www.unaids.org/bestpractice/digest/table.html-inj et www.unaids.org/fact_sheets/ungass/word/Fsdruguse_en.doc).
