


Commission des stupéfiants

Quarante-huitième session

Vienne, 7-14 mars 2005

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

**Suite donnée à la vingtième session extraordinaire
 de l'Assemblée générale**
Le problème mondial de la drogue
Troisième rapport biennal du Directeur exécutif
Additif
Réduction de la demande de drogues

Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-12	3
A. Validité des informations	6-9	4
B. Analyse des informations reçues	10-12	5
II. Grandes orientations et mesures stratégiques	13-17	6
III. Capacité de collecte et d'analyse des données	18-20	7
IV. Ampleur des mesures	21-48	9
A. Mesures de prévention de l'abus de drogues	21-29	9
B. Programmes axés sur le traitement et la réadaptation	30-41	11
C. Mesures de réduction des effets néfastes sur la santé et la société	42-48	14
V. Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau	49-52	17
VI. Ciblage de groupes de population vulnérables ou particuliers	53-55	19
VII. Campagnes d'information publiques et dans les médias	56-62	20

* E/CN.7/2005/1.



VIII.	Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience	63-66	21
IX.	Conclusions	67-69	24

Tableaux

1.	Réponses reçues au questionnaire pour les trois cycles (1998-2000, 2000-2002 et 2002-2004) ..	5
2.	Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, concernant la réduction de la demande de drogues: bilan de la situation pour 2004	25

Figures

I.	Grandes orientations et mesures stratégiques: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	7
II.	Capacité de collecte et d'analyse des données: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	8
III.	Mesures de prévention de l'abus de drogues: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	10
IV.	Programmes axés sur le traitement et la réadaptation: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	12
V.	Mesures visant la réduction des effets néfastes sur la santé et la société: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	16
VI.	Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle ..	18
VII.	Ciblage de groupes de population vulnérables ou particuliers: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	19
VIII.	Campagnes d'information publiques et dans les médias: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle	22
IX.	Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience: Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle ..	23

I. Introduction

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

2. Les principales conclusions de cette analyse sont les suivantes:

a) Le questionnaire donne d'importantes informations sur la manière dont les États perçoivent leurs réalisations, mais il comporte des lacunes qui doivent être prises en considération pour évaluer l'analyse et les conclusions du présent rapport;

b) Des progrès ont été réalisés en matière d'engagement politique et stratégique dans le domaine du contrôle des drogues, mais il faut élargir la base du consensus;

c) Cet engagement exige des informations fiables ainsi qu'un dispositif d'évaluation;

d) Des progrès sont encore à réaliser dans le domaine de la réduction des effets néfastes sur la santé et la société;

e) S'agissant des activités de prévention, de traitement et de réadaptation, certaines régions enregistrent des progrès alors que d'autres sont en retard ou en recul;

f) L'Afrique subsaharienne, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, ainsi que l'Asie centrale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Ouest doivent faire davantage preuve de détermination et allouer davantage de ressources à la réduction de la demande;

g) L'Amérique latine et les Caraïbes, ainsi que, dans une certaine mesure, l'Asie de l'Est et du Sud-Est, doivent maintenir leurs efforts;

h) L'Amérique du Nord, l'Europe et l'Océanie doivent continuer de progresser de manière satisfaisante dans la plupart des domaines et adapter les mesures aux nouvelles tendances qui se font jour.

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

4. La section VIII du questionnaire, qui porte sur la réduction de la demande de drogues, se fonde sur le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution 54/132 de l'Assemblée générale, annexe). Composée de sept parties, elle permet de recueillir des informations sur les mesures prises par les États Membres dans des domaines précis:

a) Engagement: grandes orientations et mesures stratégiques;

b) Évaluation du problème: moyens de collecte et d'analyse des données;

c) Lutte contre le problème: portée des mesures prises:

- i) Prévention;
- ii) Traitement et réadaptation;
- iii) Effets néfastes sur la santé et la société;
- d) Établissement de partenariats: place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau;
- e) Prise en compte des besoins particuliers: ciblage des groupes de population vulnérables ou particuliers;
- f) Communication du message approprié: campagnes d'information publiques et dans les médias;
- g) Mise à profit des enseignements tirés de l'expérience: évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience.

5. Le présent rapport fait le point sur les informations données au titre de chacune de ces parties et analyse les mesures prises, l'objet étant de donner une idée des progrès réalisés par les pays pour ce qui est des activités de réduction de la demande.

A. Validité des informations

6. Les informations reçues en réponse au questionnaire sont, pour la plupart, de nature qualitative et se fondent sur l'avis de spécialistes. Les évaluations, bien qu'elles soient généralement confirmées par d'autres sources, ont une valeur relativement limitée. La plupart des questions appellent une simple réponse par "oui" ou par "non", et si elles ont souvent pour objet de déterminer si des structures, des programmes ou des activités ont été mis en place, elles n'exigent pas d'informations quant à leur qualité ou à leur impact.

7. En revanche, les questions de la section C, intitulée "Lutte contre le problème" (prévention, traitement et réadaptation, et effets néfastes sur la santé et la société) permettent de recueillir des informations sur le niveau (faible, moyen, ou élevé) de couverture des mesures prises, sur la prise en compte des sexospécificités, ainsi que sur l'existence d'un dispositif d'évaluation. Ces éléments ont été ajoutés au questionnaire en 2000, et les données ne sont donc disponibles que pour les deuxième et troisième cycles.

8. La qualification "faible", "moyen" ou "élevé" est subjective et dépend de la situation dans chaque pays. Un pays où le nombre de toxicomanes est élevé peut proposer des services de traitement de qualité et y investir des ressources considérables, mais être réticent à qualifier le niveau de couverture de ces services d'"élevé", préférant opter pour la réponse "moyen". À l'opposé, un pays où les toxicomanes sont moins nombreux, ou qui n'appréhende pas vraiment l'ampleur du problème, peut cocher la case "élevé", alors que cela ne correspond pas vraiment à la réalité.

9. Outre la fiabilité des informations, la validité de l'échantillon pose également problème. Le taux de réponse au questionnaire se situe aux alentours de 50 % (une centaine de pays) pour chaque cycle. Cependant, la proportion de pays ayant répondu au questionnaire pour plus d'un cycle est inférieure. Ainsi, seuls 60 pays

(soit 31 % des pays auxquels le questionnaire a été envoyé) ont répondu pour les trois cycles. Les pays ayant répondu pour deux cycles sont légèrement plus nombreux (voir le tableau ci-dessous pour les diverses combinaisons). En tout, la proportion de pays ayant répondu plus d'une fois n'atteint pas 50 %. Néanmoins, il est important de noter, pour ce qui est de la validité de l'échantillon, que la population de tous les pays ayant répondu à plus d'un cycle représente nettement plus de 50 % de la population mondiale pour la tranche d'âges 15-64 ans.

Tableau 1
Réponses reçues au questionnaire pour les trois cycles (1998-2000, 2000-2002 et 2002-2004)

<i>Cycles</i>	<i>Nombre de pays</i>	<i>Pourcentage de pays</i>	<i>Pourcentage estimé de la population de 15 à 64 ans dans les pays ayant répondu</i>
Référence	109	57 %	90 %
Référence + C1	90	47 %	87 %
Référence + C2	64	33 %	56 %
C1+C2	74	38 %	58 %
Référence+C1+C2	60	31 %	52 %

Note: Référence: premier cycle (1998-2000); C1: première étude complémentaire, correspondant au deuxième cycle (2000-2002); C2: deuxième étude complémentaire, correspondant au troisième cycle (2002-2004).

B. Analyse des informations reçues

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

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

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

11. Afin de faciliter l'analyse des progrès réalisés dans la poursuite des objectifs devant être réalisés d'ici à 2008, et comme préconisé l'an dernier dans le rapport sur la situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues (E/CN.7/2004/2), le Secrétariat a créé un outil d'analyse destiné à quantifier les réponses aux diverses sections du questionnaire. C'est sur cet outil – indice de réduction de la demande¹ – que repose l'analyse faite dans le présent rapport. Il permet de représenter graphiquement l'évolution des différents aspects de la réduction de la demande.

12. Les informations sont classées selon huit régions ou sous-régions, ce qui permet une analyse plus pertinente des différentes caractéristiques et tendances.

Cependant, les informations provenant de sous-régions qui comportent un nombre limité de pays (notamment l'Océanie ou l'Amérique du Nord) sont à prendre avec précaution, puisque la réponse d'un seul pays influe considérablement sur la tendance régionale. L'Europe est considérée comme une région suite à l'élargissement de l'Union européenne; les moyennes cachent cependant les écarts encore considérables, bien que diminuant rapidement, entre l'Europe occidentale et l'Europe orientale.

II. Grandes orientations et mesures stratégiques

13. Dans la partie "Engagement" de la section VIII, les pays sont priés d'indiquer s'ils ont adopté une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues et de préciser, entre autres, si elle se fonde sur des données relatives à la situation en matière d'abus de drogues. Certaines questions concernant la coordination, l'intervention de parties intéressées, les fonds mobilisés, ainsi que les dispositifs de contrôle et d'évaluation.

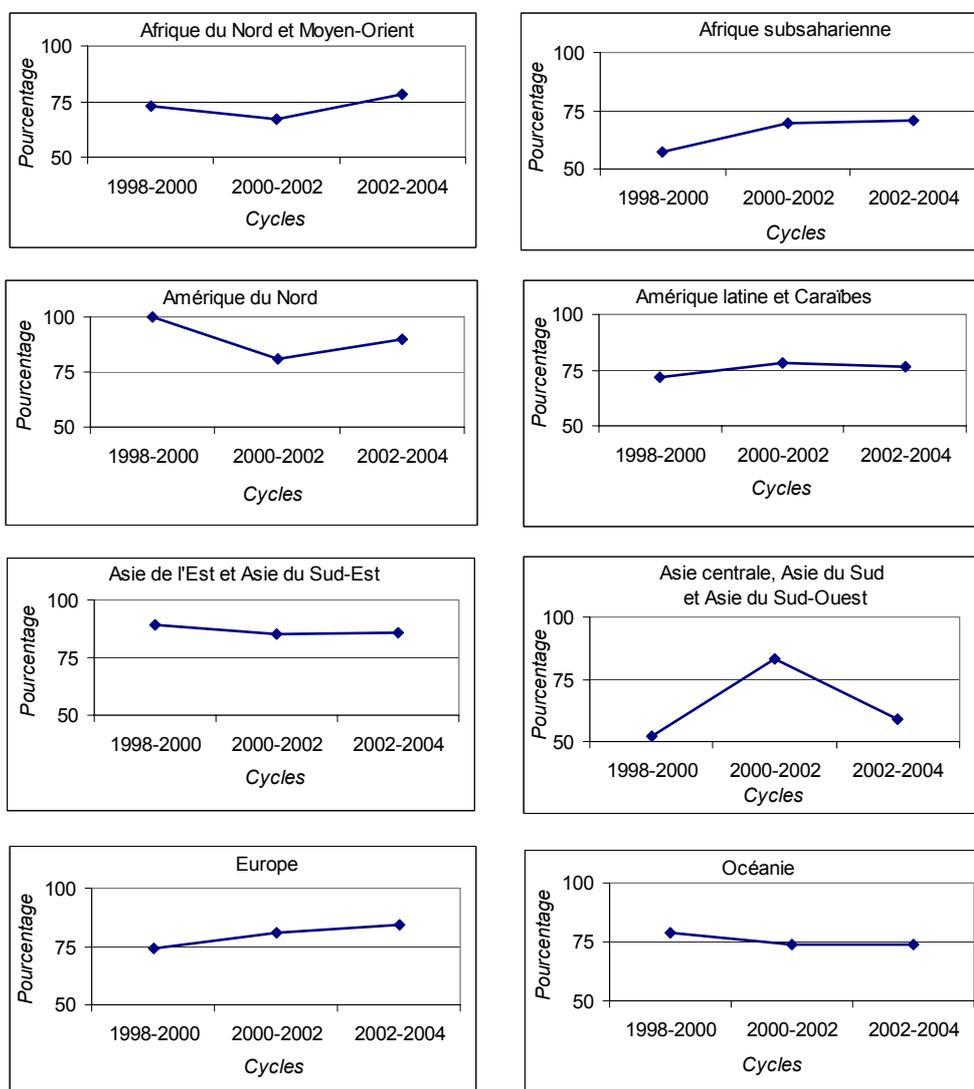
14. Dans la majorité des régions, les pays ont répondu par l'affirmative à plus de 75 % des questions, un taux qui est plus ou moins demeuré inchangé sur les trois cycles. Le taux de réponses affirmatives enregistré pour l'Afrique subsaharienne s'est amélioré, passant de 57 % pour le premier cycle (1998-2000) à 70 % pour le troisième (2002-2004). Les pays d'Asie centrale, d'Asie du Sud et d'Asie du Sud-Ouest semblent avoir rencontré quelques difficultés et sont retombés à peu près à leur taux initial (59 %, contre 83 % pour le deuxième cycle).

15. La bonne nouvelle, c'est que dans les pays de presque toutes les régions, certains des éléments clefs d'une stratégie globale de réduction de la demande semblent être en place, ce qui constitue l'une des pierres angulaires d'une politique durable en matière de contrôle des drogues. En moyenne, les pays de toutes les régions ont donné une réponse affirmative aux trois quarts des questions.

16. De plus, les réponses affirmatives à la plupart des questions semblent indiquer qu'il existe dans la quasi-totalité des pays un engagement politique fort ainsi que certains dispositifs pour assurer la coordination et la participation des autorités et des secteurs de la société civile concernés. Dans la plupart des cas, il semble que ceci, qui est plutôt encourageant existait déjà avant 1998, mais certaines régions (Afrique subsaharienne et Europe) ont connu de nets progrès au cours des six dernières années (soit pour les trois cycles, allant de 1998 à 2004).

17. Il existe bien entendu des écarts de qualité et d'ampleur considérables entre les diverses stratégies nationales de réduction de la demande de drogues. L'approche privilégiée ainsi que le degré de mise en œuvre des stratégies sont très variables, et il est donc difficile d'appréhender, sur la seule base de ces informations, le véritable niveau d'engagement de chaque pays. Les autres sections du questionnaire ainsi que l'analyse des réponses fournissent des informations supplémentaires ainsi qu'un meilleur aperçu de la situation des pays dans leur poursuite de résultats significatifs et mesurables en matière de réduction de la demande de drogues.

Figure I
Grandes orientations et mesures stratégiques: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

III. Capacité de collecte et d'analyse des données

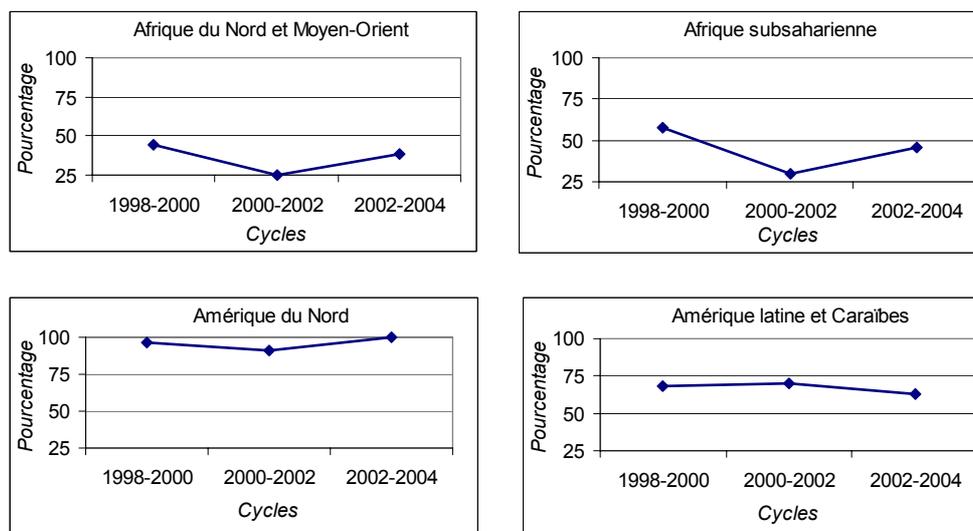
18. Les progrès réalisés par les pays en ce qui concerne l'évaluation de l'abus de drogues sont analysés en fonction des réponses à une série de questions visant à déterminer s'il existe un dispositif national de collecte des données sur l'abus des drogues et à obtenir des informations sur ses composantes (évaluations de la prévalence, enquêtes menées dans les établissements scolaires, système de notification des traitements, etc.).

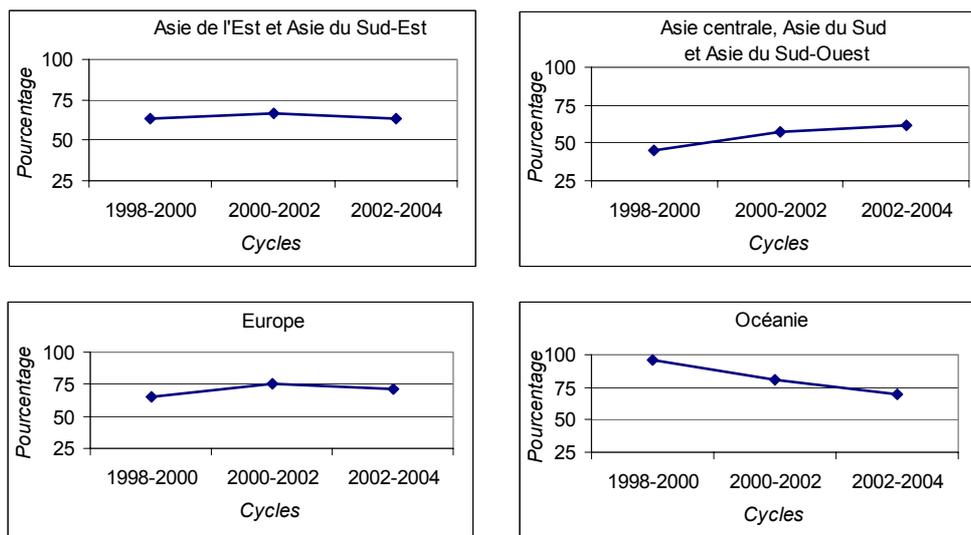
19. Pour ce qui de l'évaluation de l'abus, il semble qu'un nombre relativement élevé d'activités ont été mises en œuvre (en moyenne, plus de 60 % au cours des trois cycles). Avec 100 % de réponses affirmatives, l'Amérique du Nord est la seule région pour laquelle tout semble déjà établi dans ce domaine. Pour l'Afrique subsaharienne, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, la situation doit être améliorée si l'on veut que les fondements de la mise en œuvre de stratégies et de programmes soient crédibles (voir la figure II).

20. D'une manière générale, les réponses confirment les informations provenant d'autres sources, qui signalent l'existence en Europe et en Amérique du Nord de systèmes d'information élaborés en matière de drogue. Dans d'autres régions – telles que l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie centrale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Ouest, ainsi que l'Asie de l'Est et du Sud-Est – des progrès considérables ont été réalisés au cours des six dernières années, grâce à la mise en place de dispositifs d'observation des tendances relatives à l'abus, surtout pour ce qui est de la demande de traitements et des enquêtes menées en milieu scolaire. De plus, il convient de noter le rôle que jouent les réseaux épidémiologiques régionaux dans l'harmonisation de la collecte des données et dans la prestation de services de formation et la fourniture de ressources aux pays.

Figure II

Capacité de collecte et d'analyse des données: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle





Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

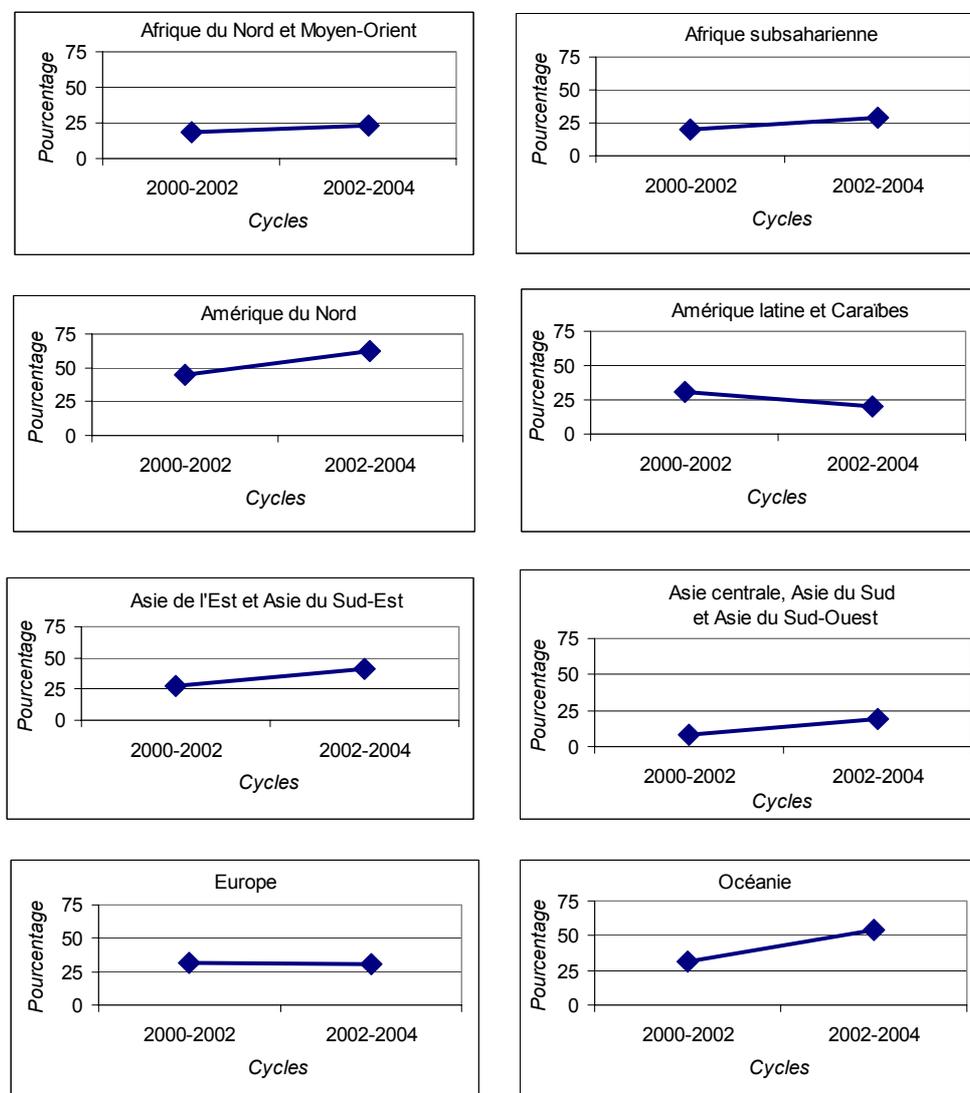
IV. Ampleur des mesures

A. Mesures de prévention de l'abus de drogues

21. Les pays étaient priés de donner des informations sur certaines des mesures les plus élémentaires de prévention de l'abus de drogues: information et éducation sur les drogues et l'abus de drogues, développement des aptitudes à la vie, activités de substitution à l'usage de la drogue. En effet, la stratégie de prévention doit être globale, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas simplement d'informer mais aussi d'offrir des compétences et des possibilités qui permettent à tous, et surtout aux jeunes, de faire le choix d'un mode de vie sain. Des indications sur les campagnes d'information, qui devraient également faire partie d'une stratégie de prévention globale, sont demandées à la section VII du présent rapport.

22. Selon un autre principe essentiel, il convient de renforcer les messages et les activités de prévention au niveau d'un certain nombre de structures. C'est pourquoi les pays étaient priés de donner des informations sur le type d'activités mené dans certaines structures de base, notamment dans les écoles, les collectivités, les lieux de travail, les établissements pénitentiaires, et les services de santé. Plus particulièrement, il leur était demandé d'indiquer, pour chaque activité, le niveau (faible, moyen ou élevé) de couverture du groupe cible ainsi que la prise en compte des sexes/spécificités.

Figure III
Mesures de prévention de l'abus de drogues: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

23. Les données obtenues pour cette section ont été compilées dans la figure III afin de dresser le tableau par région des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs concernant la mise en œuvre de programmes de prévention nouveaux ou améliorés axés sur l'abus de drogues, conformément aux principes énoncés dans la Déclaration sur la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3 de l'Assemblée générale, annexe).

24. À l'exception de deux d'entre elles – d'une part, l'Amérique latine et les Caraïbes, et d'autre part, l'Europe – toutes les régions signalent une extension de la couverture des mesures de prévention de l'abus de drogues. Dans certains cas – par exemple pour l'Amérique du Nord et pour l'Océanie – elle est assez marquée (de l'ordre de 20 %); dans d'autres – par exemple pour l'Afrique subsaharienne, l'Asie centrale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Ouest, ainsi que pour l'Asie de l'Est et du Sud-Est – la situation n'a guère changé. Dans les pays européens, la situation demeure stable, alors qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, on constate un recul.

25. S'agissant des différents types de mesures, seules l'Asie centrale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Ouest ainsi que l'Amérique du Nord connaissent une progression supérieure à 20 % pour ce qui est de la fourniture d'information et d'éducation, tandis que l'Océanie fait état d'une couverture en nette expansion pour ce qui est du développement des aptitudes à la vie et des activités de substitution à l'usage de la drogue. Dans la plupart des cas, l'extension de la couverture est moins marquée (entre 5 % et 10 %) et l'on enregistre même parfois un recul.

26. Tous ces résultats s'inscrivent dans le contexte d'une aggravation générale de l'expérimentation de drogues. Si ceci peut sembler contradictoire, il convient de rappeler que les mesures de prévention visent à changer les attitudes et les comportements. Leur efficacité ne peut donc être évaluée qu'à plus long terme, et il est impossible d'établir un lien direct entre l'extension globale de la couverture des mesures de prévention entre 2000 et 2004, et l'évolution des tendances en matière de drogue qui ressort des questionnaires destinés aux rapports annuels.

27. Ce qu'il convient cependant de noter, c'est que l'extension de la couverture aurait pu être plus marquée. Si l'on veut ralentir, voire inverser, la progression de l'abus de drogues, il faut étendre la couverture des activités de prévention pour diverses structures et divers groupes cibles (dont les groupes les plus à risque), et maintenir ce niveau élevé sur le moyen terme.

28. À l'heure actuelle, seuls les pays d'Amérique du Nord et d'Océanie indiquent que la couverture atteint plus de la moitié du groupe cible pour les trois types de mesures. En Asie de l'Est et du Sud-Est, la fourniture d'information et d'éducation couvre plus de la moitié du groupe cible. Aucune région ne fait état d'une couverture égale ou supérieure à 75 %. Si l'objectif idéal est d'atteindre 100 %, un taux de 75 % ne saurait être un échec.

29. Dans l'ensemble, même si des progrès satisfaisants, voire considérables, ont été réalisés, il convient de se garder de toute complaisance. Les initiatives de prévention aux niveaux national et régional doivent être renforcées et étoffées pour permettre aux États Membres de remplir les engagements qu'ils ont pris à la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale.

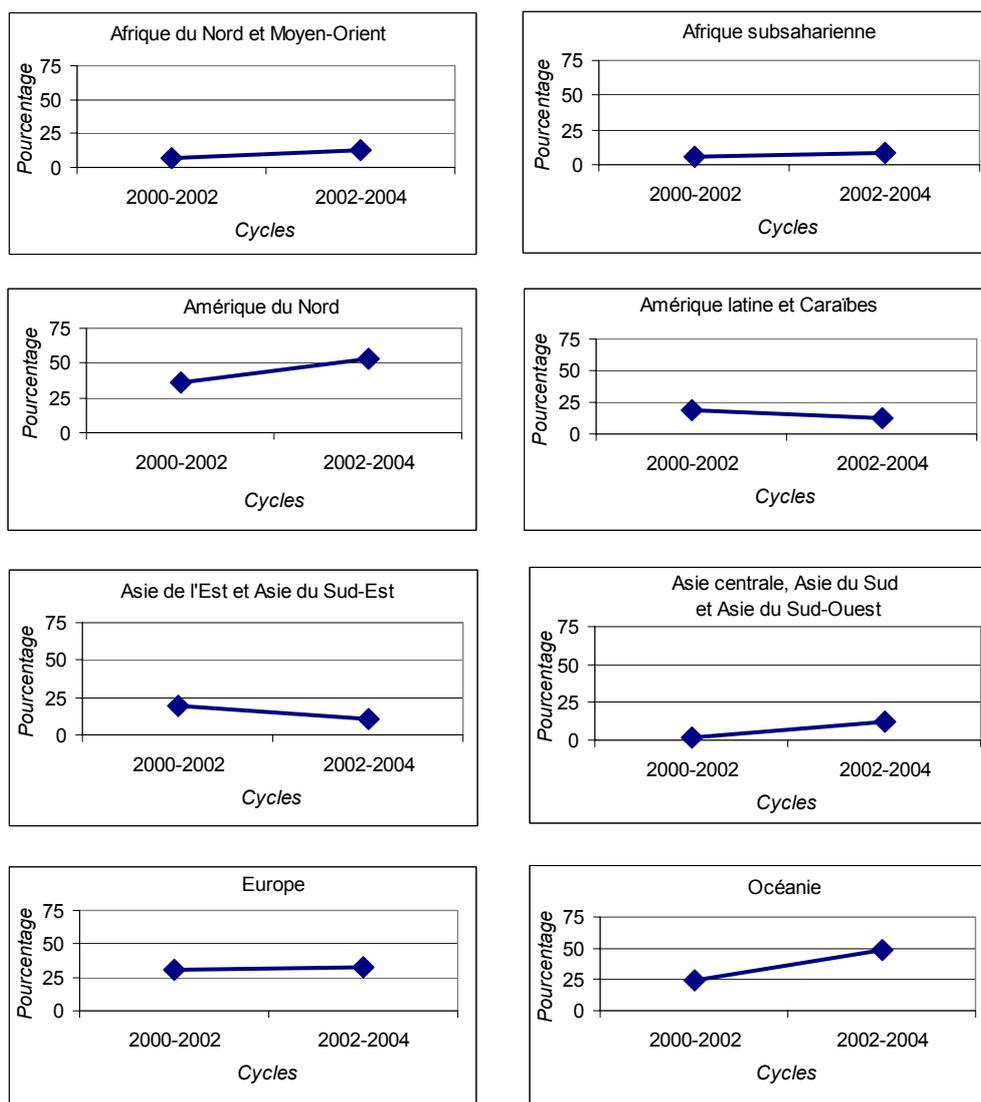
B. Programmes axés sur le traitement et la réadaptation

30. Pour ce qui est du traitement et de la réadaptation, le niveau de couverture global varie, selon les régions, entre 8,5 % et 53 % du chiffre maximal possible pour le cycle 2002-2004. Pour l'Amérique du Nord et l'Océanie, il se situe aux environs de 50 %; pour l'Europe (y compris les pays du Caucase) à un tiers environ; et pour

les cinq autres régions, entre 8,5 % et 13 %. Il convient de noter qu'environ un tiers des pays seulement indique être doté de services prenant en compte les sexes. Selon les données recueillies au moyen des questionnaires destinés aux rapports annuels, la proportion de personnes en traitement se situe à plus de un pour mille pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Europe et l'Amérique du Nord; pour la plupart des autres régions, elle varie entre 0,6 et 0,8 pour mille; et pour l'Afrique subsaharienne, elle s'établit à moins de 0,2 pour mille (voir la figure IV).

Figure IV

Programmes axés sur le traitement et la réadaptation: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

31. Les chiffres ci-dessus sont des chiffres composites résultant de l'agrégation des chiffres obtenus sur un ensemble de 28 mesures spécifiques, réparties selon quatre types de programmes (désintoxication, thérapie de substitution, traitement sans médicaments et réinsertion sociale) et selon sept environnements possibles. Un pays signalant, dans tous les environnements, un niveau de couverture élevé assorti d'une prise en compte des sexospécificités obtiendrait le chiffre composite maximal. Ce mode de calcul ne tient pas compte du fait que certains pays puissent avoir, pour une catégorie spécifique, une couverture élevée, mais qui se limite essentiellement à un seul environnement: il obtiendrait alors un chiffre très faible dans les six autres environnements, et, par conséquent, un chiffre agrégé faible pour cette catégorie.

32. Les chiffres composites de toutes les régions, à l'exception de l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud-Est ainsi que de l'Amérique Latine et des Caraïbes, ont augmenté entre les deux derniers cycles (2000-2002 et 2002-2004). La progression enregistrée dans les régions à faible couverture est particulièrement impressionnante, par exemple en Asie centrale, Asie de l'Ouest, et Asie du Sud-Ouest, (12,5 % contre 1,5 %, ainsi qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, (13 % contre 6,5 %). L'Océanie et l'Amérique du Nord font également état d'importants progrès, passant respectivement de 36 % à 53 % et de 24 % à 49 %.

33. En Amérique latine, la dégradation générale est aggravée par un recul de la couverture signalée pour tous les types de programmes, et particulièrement marquée dans le cas de la réinsertion sociale. Ces données contredisent quelque peu les informations provenant des questionnaires destinés aux rapports annuels, qui indiquent que c'est en Amérique latine et dans les Caraïbes que la proportion pour 1 000 personnes en traitement est la plus élevée.

34. La proportion relativement élevée de personnes signalées comme suivant un traitement peut s'expliquer d'une part par la disponibilité de services, et d'autre part par un système de communication de l'information relativement élaboré. Dans certains cas, la précision de ce système peut être à l'origine d'un recul apparent de la couverture: certains pays n'offrant pas de traitements de substitution (par manque d'intérêt pour la plupart, compte tenu d'un faible taux de dépendance aux opiacés dans la région) signalent un niveau de couverture élevé en 2000-2002 mais une absence totale de couverture en 2002-2004. Dans le cas de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, le recul de la couverture concerne principalement la désintoxication et la réinsertion sociale.

35. S'agissant des programmes spécifiques, dans le cas de la désintoxication, toutes les régions, à l'exception de l'Amérique latine, des Caraïbes et de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, enregistrent une progression de la couverture; ainsi, l'Amérique du Nord atteint 66 % du chiffre maximal et l'Océanie 40 %. Les autres régions se situent entre 20 % et 40 %.

36. La thérapie de substitution constitue l'approche la moins utilisée, ce qui s'explique sans doute par le fait qu'elle n'est pertinente qu'en cas de dépendance aux opiacés, ou alors qu'elle prête encore à controverse dans certaines régions. Cependant, le taux de couverture progresse en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie, où il atteint plus de 50 % du chiffre maximal. Des taux de couverture relativement élevés sont signalés dans des régions telles que l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, ainsi qu'en Afrique subsaharienne, alors que d'autres informations

font état d'une offre très faible, voire de l'absence totale, de thérapies de substitution dans ces régions.

37. Toutes les régions, à l'exception de l'Amérique latine et des Caraïbes, signalent que la couverture des traitements sans médicaments demeure stable ou est en progression. L'Amérique du Nord et l'Océanie ont obtenu un taux supérieur à 50 % du chiffre maximal; le taux pour l'Europe s'établit à un tiers environ, et les autres régions se situent entre 7 % et 19 %.

38. Un certain progrès a été enregistré en matière de réinsertion sociale, dont la couverture était initialement faible; tous les pays, en effet, à l'exception de ceux d'Asie de l'Est et du Sud-Est ainsi que de l'Amérique latine et des Caraïbes, signalent une amélioration dans ce domaine. L'Amérique du Nord et l'Océanie obtiennent un taux supérieur à 50 % du chiffre maximal; le taux pour l'Europe s'établit à un tiers environ, et les autres régions se situent entre 9 % et 19 %.

39. Compte tenu du fait que l'abus de drogues progresse dans toutes les régions et pour la plupart des substances, les résultats présentés ci-dessus ne font apparaître que des progrès modestes dans la réalisation des objectifs fixés pour 2008 par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire. Il apparaît que les différents types de programmes sont offerts de manière relativement équilibrée, ce qui constitue un facteur essentiel de l'efficacité des activités de traitement et de réadaptation.

40. S'il se confirme, le recul de la couverture des services de traitement et de réadaptation en Amérique latine et dans les Caraïbes, ainsi qu'en Asie de l'Est et du Sud-Est, est préoccupant. Il importe de cerner les facteurs qui en sont responsables et de redoubler d'efforts dans la poursuite des objectifs que l'Assemblée générale a fixés à sa vingtième session extraordinaire.

41. Certaines régions, telles que l'Afrique subsaharienne ainsi que l'Asie centrale et l'Asie du Sud-Ouest, semblent accorder une importance excessive aux activités de désintoxication, au détriment des étapes ultérieures (traitement et réadaptation). Elles sont ainsi incapables de fournir des soins continus ou des services diversifiés. L'Afrique du Nord et le Moyen-Orient doivent consolider les progrès réalisés, et l'Europe doit redoubler d'efforts pour affermir ses acquis. Dans tous les cas, les différents types de programmes doivent être adaptés en fonction de l'évolution des besoins de groupes cibles spécifiques, tels que les jeunes consommateurs de cannabis et de stimulants de type amphétamine (STA), les consommateurs d'opiacés par injection et les délinquants.

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

42. Les réponses au questionnaire donnent des informations sur les programmes entrepris par les pays afin de réduire les effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société. Les questions portent non seulement sur les mesures de prévention et de contrôle de l'infection par le VIH et du sida, mais aussi sur d'autres activités telles que prévenir la prise de surdoses et fournir un hébergement d'urgence.

43. S'agissant de l'offre de services aux fins de la réduction des effets néfastes de l'abus des drogues sur la santé et la société, le niveau de couverture semble

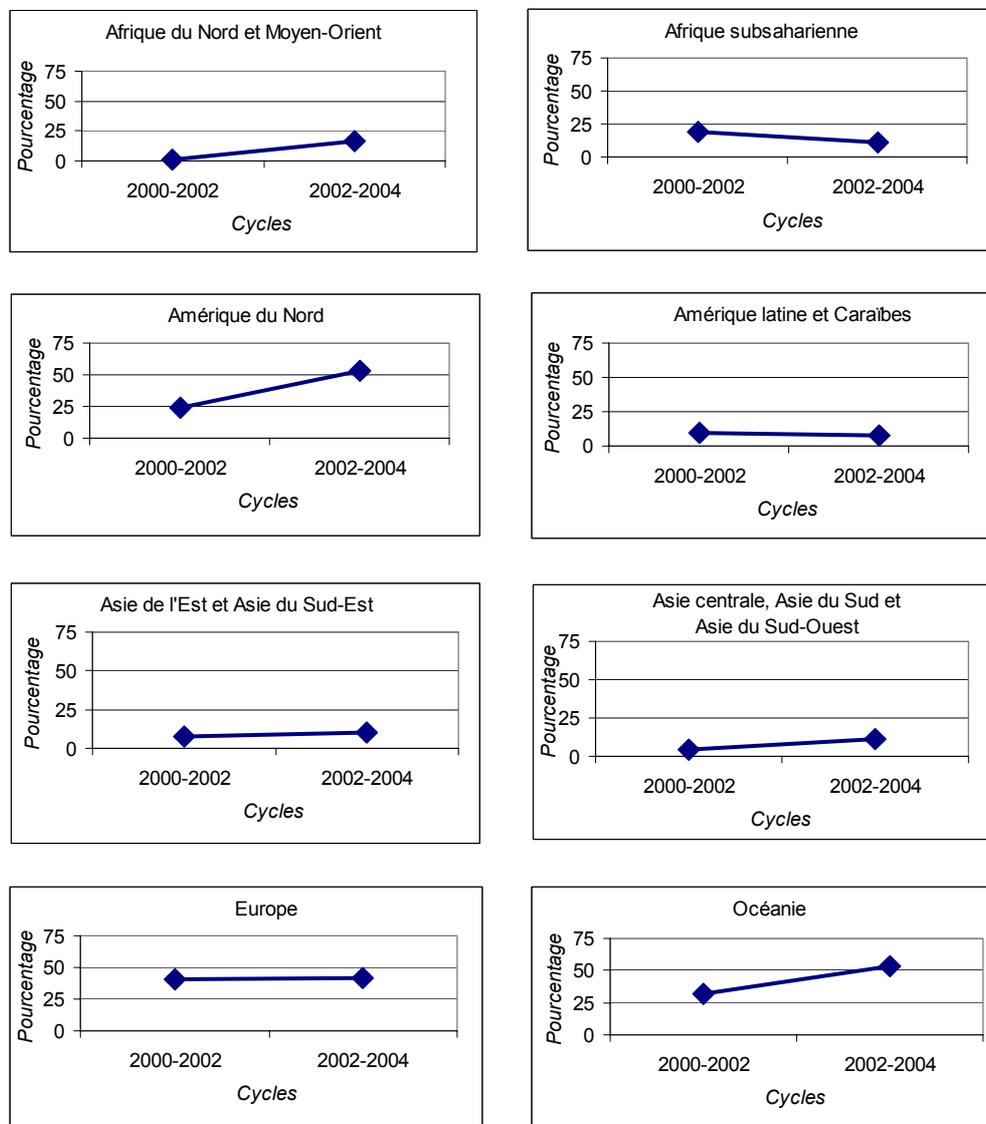
progresser dans la plupart des régions. Ceci est plus marqué en Océanie, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ainsi qu'en Amérique du Nord. De légers progrès ont été notés en Asie centrale, en Asie du Sud et en Asie du Sud-Ouest, alors que la situation demeure stable en Europe, en Asie de l'Est et du Sud-Est, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, et qu'elle régresse en Afrique subsaharienne (voir la figure V).

44. Seuls deux pays d'Océanie et d'Amérique du Nord font état d'une très large couverture de la fourniture de services aux toxicomanes dans la région. D'autres pays, où l'offre de services serait d'un autre ordre et affecterait le résultat global de ces régions, n'ont pas répondu au questionnaire. La Papouasie-Nouvelle-Guinée, par exemple, a désormais le taux le plus élevé de séropositivité signalé en Océanie, avec une prévalence de l'ordre de 1 % parmi les femmes enceintes fréquentant des établissements de soins prénatals à Port Moresby. Dans d'autres îles d'Océanie, le taux de séropositivité est encore très faible. Cependant, en Australie et en Nouvelle-Zélande, les rapports entre hommes constituent toujours le principal mode de transmission du VIH. En Australie, un pourcentage relativement peu élevé de nouvelles contaminations (3,4 %) s'expliquerait par le fait que la drogue y est depuis longtemps consommée.

45. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, bien que les résultats font apparaître une progression de la couverture des services destinés à réduire les conséquences néfastes sur la santé et la société, il semble que l'infection par le VIH se propage, ce qui peut donner à penser que, faute de données de surveillance, on risque de ne pas voir des poussées importantes au niveau de certaines populations (dont les homosexuels masculins, et les consommateurs de drogues par injection). Le lancement d'initiatives pilotes dans certains pays de la région pourrait être à l'origine de la nette progression de la couverture des services.

46. Les réponses données pour l'Europe font apparaître une tendance à la stabilité, mais elles cachent en réalité les écarts entre les pays d'Europe centrale et orientale et ceux d'Europe occidentale. En Europe occidentale, on constate une progression de la couverture par rapport à d'autres régions; la couverture des consommateurs de drogues par injection est demeurée relativement élevée au cours des dernières années grâce à divers services de prévention de l'infection par le VIH. En revanche, en Europe centrale et orientale, on constate un léger recul. Étant donné que la consommation de drogues par injection constitue le principal moteur de l'épidémie de séropositivité et de sida dans cette région, il importe au plus haut point d'offrir des services efficaces de prévention avec une très large couverture des consommateurs de drogues par injection.

Figure V
**Mesures visant la réduction des effets néfastes sur la santé et la société:
 réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session
 extraordinaire, par région et par cycle**



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

47. En Afrique subsaharienne, la séropositivité et l'épidémie de sida sont généralisées et, pour la quasi-totalité des pays de la région, elles touchent surtout les hétérosexuels. Ainsi, le taux de prévalence chez les adultes dépasse les 20 % au Botswana, au Lesotho, en Namibie, en Afrique du sud, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe. La drogue la plus consommée en Afrique subsaharienne est le cannabis. En revanche, la consommation de drogues par injection y est encore peu répandue, ce qui pourrait expliquer le recul de la couverture des services destinés à réduire les conséquences néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société.

48. La mise en œuvre de programmes de conseil et de dépistage volontaire concernant les maladies infectieuses s'est accentuée dans toutes les régions. Les réponses au questionnaire font apparaître, dans la plupart des régions, une progression des programmes destinés à prévenir la prise de surdoses et à assurer un hébergement d'urgence. La comparaison des chiffres composites pour les deuxième et troisième cycles (2000-2002 et 2002-2004) ne fait apparaître ni changement, ni progrès significatifs concernant les programmes de fourniture de matériel d'injection désinfecté et de distribution de préservatifs.

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

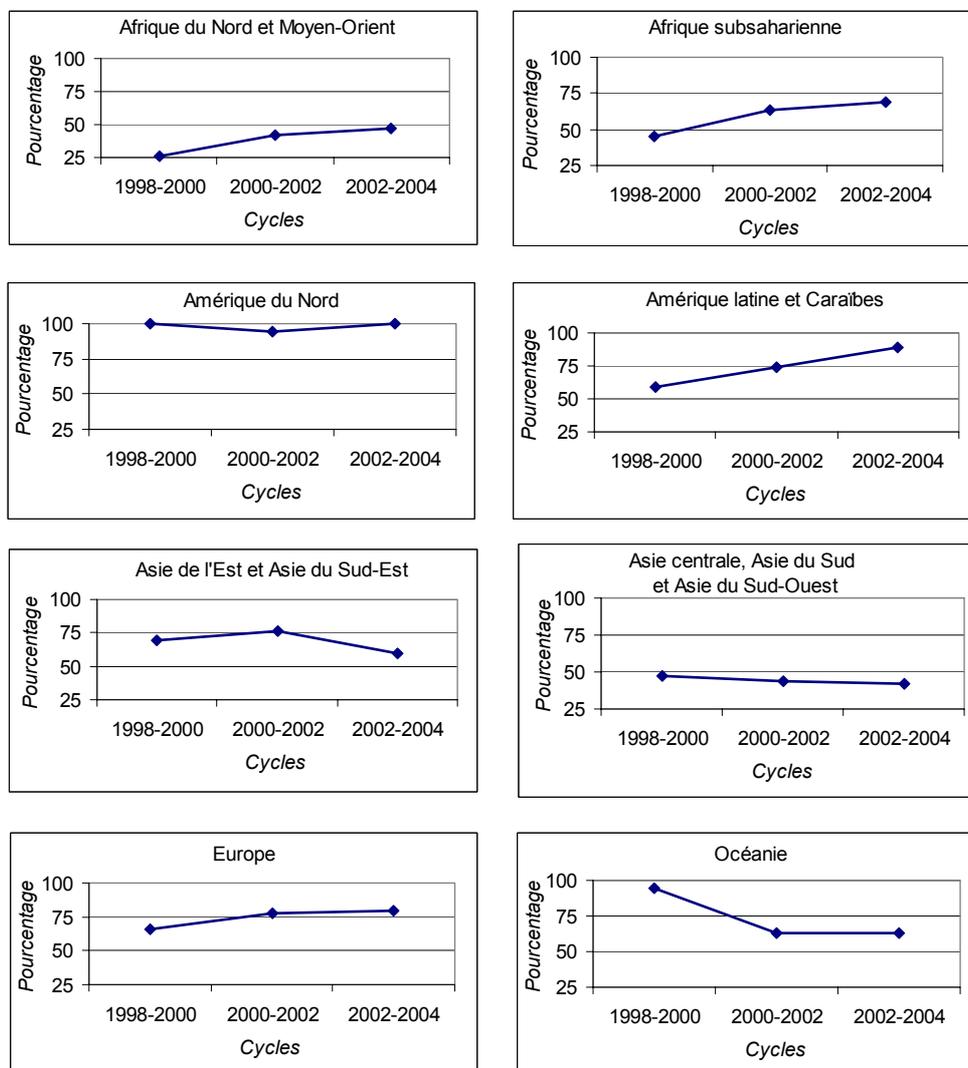
49. Seules deux questions de la partie D de la section VIII (Établissement de partenariats) ont été prises en considération dans la présente analyse: celle qui porte sur l'existence à différents niveaux de mécanismes de collaboration ou de travail en réseau et celle qui permet de déterminer si ces mécanismes prévoient l'identification et l'inclusion de nouveaux partenaires. Il n'est pas surprenant que les résultats varient considérablement d'une région à l'autre, puisqu'une réponse négative à l'une des deux questions entraîne une diminution de 50 % du chiffre maximal.

50. Cependant, les quelques informations disponibles illustrent les efforts que font les pays pour élaborer une approche multisectorielle faisant une place à la société civile aux fins de dégager des programmes et politiques pertinents. Les réponses à cette section donnent également une idée du degré de décentralisation et de maîtrise locale des programmes visant à réduire la demande de drogues.

51. Dans la plupart des régions, l'établissement de partenariats est plutôt important. L'Amérique du Nord, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Afrique subsaharienne ainsi que l'Océanie ont toutes des taux supérieurs à 60 %. En revanche, on enregistre un recul en Asie, tandis que le taux pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, bien qu'ayant fortement augmenté, demeure inférieur à 50 % (voir la figure VI).

Figure VI

Place donnée aux activités multisectorielles et au travail en réseau: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

52. Dans certains cas, cette progression est le signe d'une tendance plus générale dans certaines régions, en particulier l'Amérique latine et les Caraïbes, à la décentralisation des activités de réduction de la demande vers les échelons régional et municipal.

VI. Ciblage de groupes de population vulnérables ou particuliers

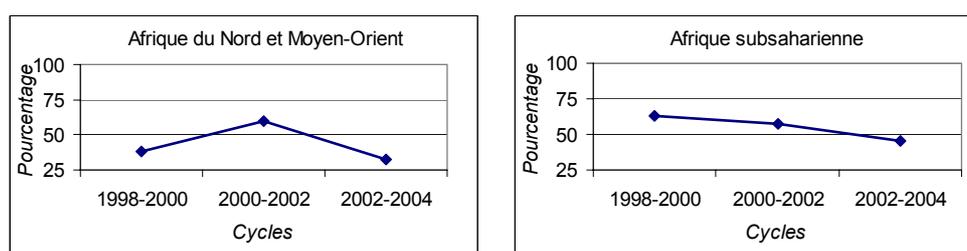
53. Le questionnaire doit permettre de déterminer si les programmes de réduction de la demande sont conçus pour répondre aux besoins non seulement de la population dans son ensemble, mais aussi des groupes reconnus comme étant plus à risque (jeunes, marginaux, mineurs délinquants, consommateurs de drogues par injection, incarcérés), pour lesquels il faut prévoir des mesures et une attention particulières. En Amérique du Nord, en Europe et en Océanie, le niveau des mesures spécifiques prises à l'intention de groupes particuliers est élevé.

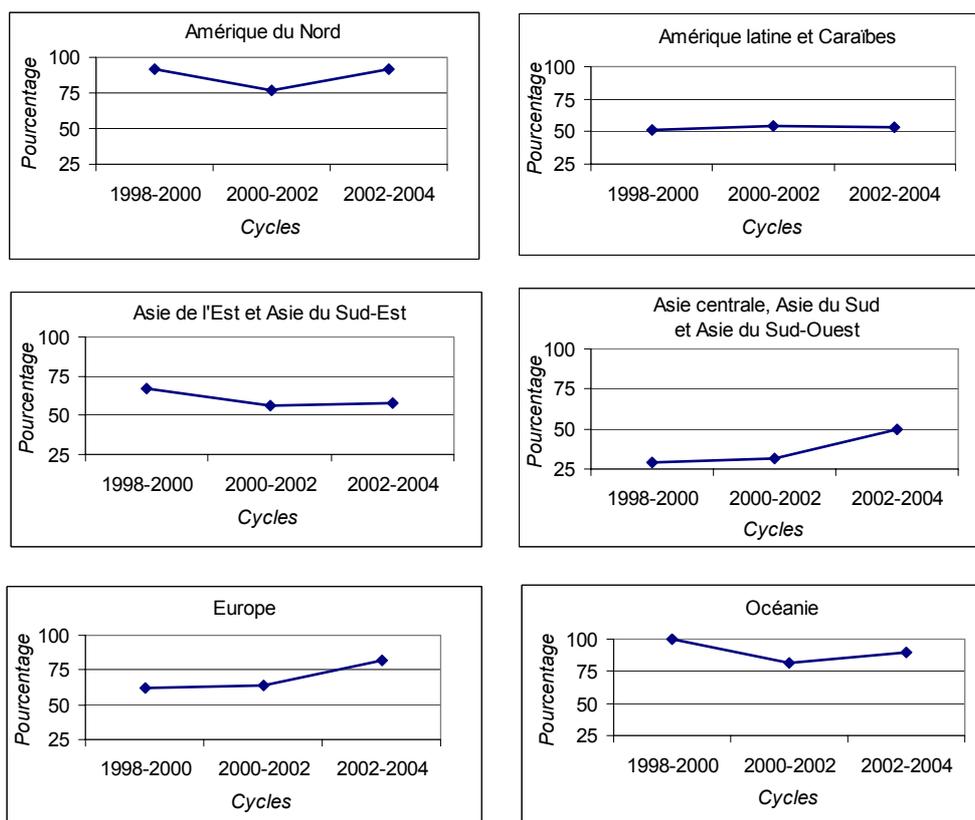
54. Pour les autres régions, la prise en compte des besoins particuliers est plutôt moyenne, avec des taux allant de 50 % (Asie centrale, Asie du Sud et Asie du Sud-Ouest) à 58 % (Asie de l'Est et du Sud-Est). La situation est assez préoccupante pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient (taux moyen de 32 % pour le troisième cycle), ainsi que pour l'Afrique subsaharienne où la situation semble empirer, le taux ayant chuté de 62 % pour le premier cycle à 57 % pour le deuxième puis à 45 % pour le dernier (voir la figure VII).

55. Les mesures visant des groupes de population particuliers sont importantes non seulement pour réduire l'abus de drogues parmi les groupes à risque, mais aussi pour améliorer leur état de santé et atténuer les problèmes sociaux liés à leur consommation de drogues. Ces mesures constituent également un facteur clef pour la réussite d'activités de traitement et de prévention plus générales. En effet, les stratégies de prévention générale parmi les jeunes ne peuvent être efficaces si les jeunes non scolarisés ou les enfants des rues en sont exclus. De la même manière, au niveau des activités de traitement et de réadaptation, il faudrait prendre en considération les besoins des personnes ayant enfreint la loi et qui sont tenues de suivre un traitement (alternative à l'incarcération).

Figure VII

Ciblage de groupes de population vulnérables ou particuliers: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle





Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

VII. Campagnes d'information publiques et dans les médias

56. S'il est important de communiquer le message approprié, c'est simplement parce que dans une société donnée, les attitudes sociales dominantes par rapport aux drogues constituent un facteur essentiel de la prévalence de l'abus. Pour que ces attitudes évoluent dans le bon sens, il faut s'assurer que les campagnes d'information publique transmettent un message très clair, bien qu'objectif, descriptif et non moralisateur, sur les conséquences de l'abus des drogues.

57. Si le pourcentage des pays qui prévoient de lancer des campagnes d'information au titre de la réduction de la demande est en progression légère pour le troisième cycle, il n'en reste pas moins que, pour certaines régions, la cohérence, la qualité professionnelle ainsi que la mesure de l'impact de ces actions peuvent être source de préoccupation.

58. Le pourcentage de pays où les campagnes se fondent sur une évaluation des besoins est particulièrement faible en Afrique subsaharienne, ainsi qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes. Il va sans dire qu'une campagne qui ne cerne pas clairement les préoccupations du groupe cible afin d'y répondre risque de ne pas avoir un grand impact. Par ailleurs, l'évaluation des résultats semble avoir été négligée dans l'ensemble des régions: plus de 50 % de l'ensemble des pays qui

indiquent avoir lancé des campagnes d'information signalent qu'elles ne font pas l'objet d'une évaluation (voir la figure VII).

59. Les régions les plus concernées sont celles qui ne disposent pas de moyens suffisants pour ce type d'activité, telles que l'Asie centrale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Ouest, où la proportion de pays qui n'ont pas procédé à l'évaluation des campagnes d'information s'élève à 75 %, ainsi que l'Amérique latine et les Caraïbes où elle est de 90 %.

60. Ce facteur est important car il a un impact direct sur le cycle des programmes (planification, exécution, évaluation et perfectionnement) lequel détermine la qualité et la viabilité des campagnes de prévention. Il importe au plus haut point que les pays de ces régions trouvent des moyens novateurs et rentables pour que les groupes cibles participent à la planification et l'évaluation des campagnes.

61. Il est également intéressant de noter que, outre le problème que pose le financement, la coordination et la coopération multisectorielle semblent constituer l'obstacle le plus grand à la mise en place de campagnes d'information. Ceci montre clairement que, pour la plupart des pays, "le message approprié" doit être transmis avec le concours des éléments concernés de la société civile. On peut également penser que ces campagnes de prévention sont en contradiction avec les messages véhiculés par la culture populaire.

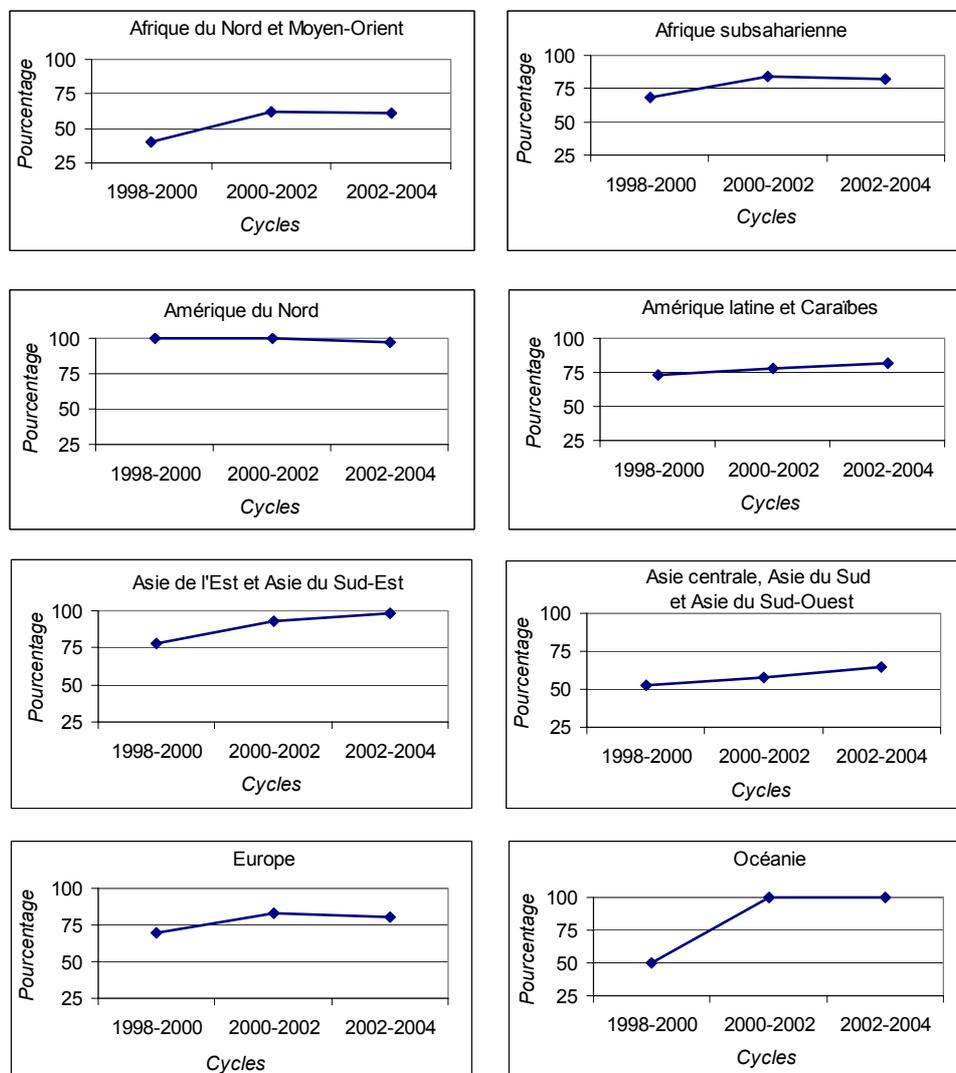
62. Certaines réponses donnent à penser que les campagnes les plus efficaces, au niveau des médias, sont celles qui font intervenir des acteurs extérieurs aux institutions publiques, celles qui s'associent par exemple avec le monde du spectacle pour développer des codes de conduite librement acceptés qui influent sur l'image que la culture populaire véhicule. Dans l'ensemble, il est recommandé d'accorder une attention toute particulière à l'impact des campagnes d'information, d'en contrôler l'exécution et d'en évaluer les résultats de façon rigoureuse, avec la participation, là où c'est possible, du public ciblé.

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

63. Dans la partie du questionnaire relative à l'évaluation et à l'assimilation des enseignements tirés de l'expérience, des questions sont posées qui portent sur trois aspects clefs de la réduction de la demande: la formation des praticiens, l'évaluation des activités, ainsi que l'échange et la diffusion d'informations sur les pratique optimales et les enseignements tirés.

64. Seules l'Europe et l'Amérique du Nord semblent agir activement dans ces trois domaines (avec un taux supérieur ou égal à 75 %). Toutes les autres régions ont un taux supérieur à 50 %, mais la question de l'ampleur et de la qualité des activités de formation, d'évaluation et d'échange reste incertaine.

Figure VIII
Campagnes d'information publiques et dans les médias: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

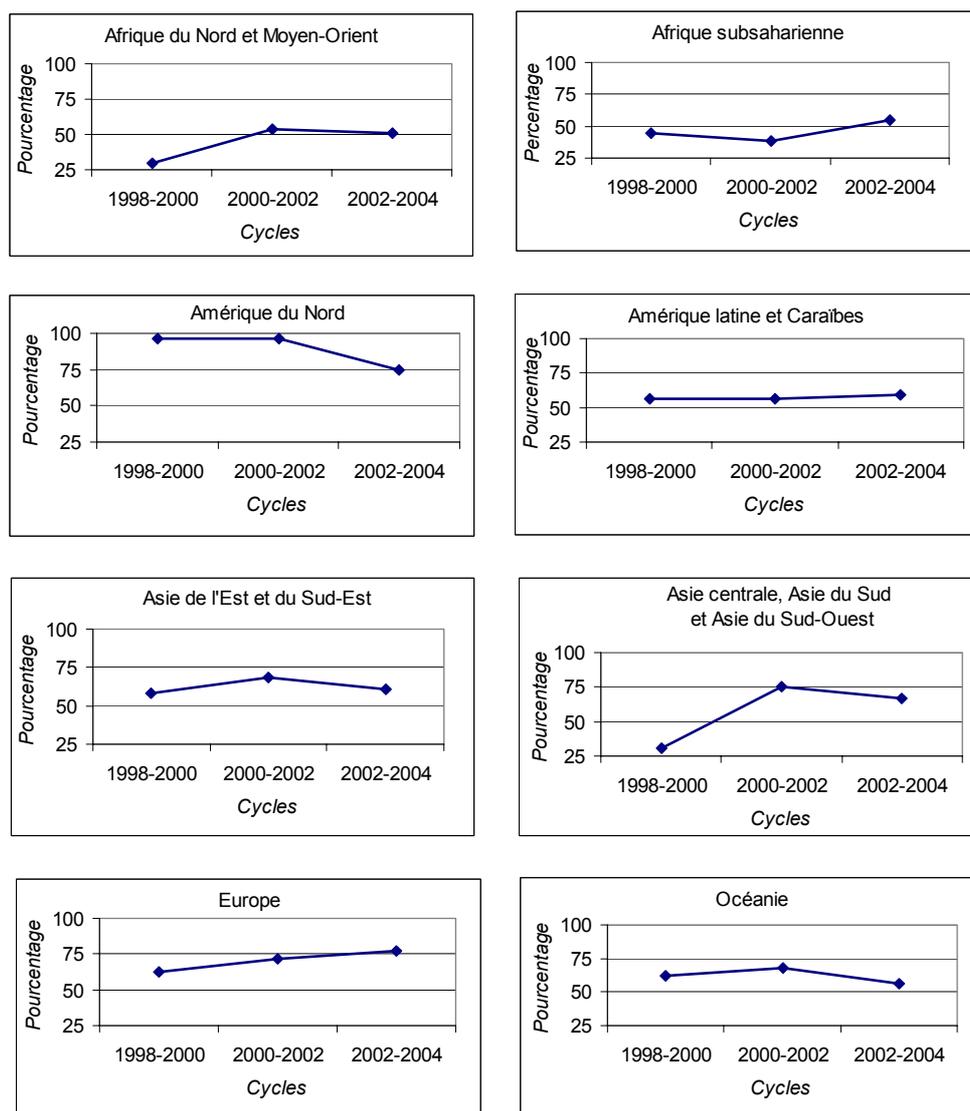
65. La majorité des pays répond par l'affirmative aux questions sur la formation dispensée aux planificateurs et aux praticiens et sur l'évaluation des mesures. Cependant, il ressort d'autres sections du questionnaire que l'évaluation des mesures n'est pas systématique (environ 20 % à 30 % des pays indiquent mener une évaluation des différents types de mesure).

66. L'échange et la diffusion des pratiques optimales et des enseignements tirés de l'expérience constitue certainement l'élément déterminant dans le calcul des taux

obtenus par les différentes régions, notamment l'Europe et les Amériques. Certains pays mentionnent expressément le rôle de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) – qui coordonne l'échange de données d'expérience et d'informations sur la réduction de la demande entre les 25 pays membres de l'Union européenne – et du mécanisme d'évaluation multilatéral de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD), qui relève de l'Organisation des États américains.

Figure IX

Évaluation et assimilation des enseignements tirés de l'expérience: réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, par région et par cycle



Source: questionnaire destiné aux rapports biennaux.

IX. Conclusions

67. Le questionnaire destiné aux rapports biennaux ne constitue pas l'outil idéal pour évaluer les progrès concernant la réduction de la demande. Au terme de la période décennale 1998-2008, la Commission devra peut-être envisager de le perfectionner. Divers types de modifications peuvent être apportées, mais il est important de songer à recueillir des informations non seulement sur l'existence de programmes mais aussi sur leur couverture, leur qualité et leur impact. Les informations sur le niveau (faible, moyen ou élevé) de la couverture pourraient également être complétées par des informations sur le nombre de personnes touchées, les fonds disponibles et d'autres données pertinentes.

68. Le tableau 2 donne un récapitulatif analytique des diverses figures et observations contenues dans le présent rapport. Il se fonde sur le tableau qui figure dans le rapport intérimaire sur les objectifs du Millénaire pour le développement <www.un.org/millenniumgoals>. Les cases blanches indiquent que les sous-régions ont réalisé, sont en voie de réaliser, ou sont proches de réaliser leurs objectifs quant à la mise en place des stratégies et programmes – nouveaux ou améliorés – de réduction de la demande élaborés en étroite collaboration avec les services de santé publique, de protection sociale et de répression. Les cases grises indiquent que des progrès ont été réalisés mais à une allure insuffisante pour que les pays de la sous-région atteignent leurs objectifs d'ici à 2008. Les cases noires désignent les régions où la situation ne s'améliore pas, voire où elle se dégrade. Il va sans dire que la situation des différents pays d'une sous-région peut varier par rapport à la moyenne de la sous-région.

Tableau 2

Réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, concernant la réduction de la demande de drogues: bilan de la situation pour 2004

	<i>Afrique du Nord et Moyen-Orient</i>	<i>Afrique subsaharienne</i>	<i>Amérique du Nord</i>	<i>Amérique Latine et Caraïbes</i>	<i>Asie centrale, Asie du Sud et Asie du Sud-Ouest</i>	<i>Asie de l'Est et Asie du Sud-Est</i>	<i>Europe</i>	<i>Océanie</i>
Engagement	moyen stable	s'améliore	en voie de réalisation	moyen stable	faible en retard	en voie de réalisation	en voie de réalisation	moyen stable
Évaluation du problème	faible en retard	faible en retard	réalisé	moyen stable	s'améliore	moyen stable	en voie de réalisation	élevé stable
Prévention	faible s'améliore	faible s'améliore	en voie de réalisation	faible en retard	faible s'améliore	s'améliore	moyen stable	en voie de réalisation
Traitement et réadaptation	faible s'améliore	faible s'améliore	moyen-élevé s'améliore	faible se dégrade	faible s'améliore	faible se dégrade	moyen stable	moyen-élevé s'améliore
Réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société	s'améliore	faible se dégrade	s'améliore	faible en retard	faible en retard	faible en retard	moyen ne s'améliore pas	s'améliore
Établissement de partenariats	progrès mais en retard	s'améliore	réalisé	en voie de réalisation	faible en retard	faible se dégrade	en voie de réalisation	moyen ne s'améliore pas
Prise en compte des besoins particuliers	faible en retard	faible se dégrade	élevé stable	moyen stable	s'améliore	moyen ne s'améliore pas	en voie de réalisation	élevé stable
Communication du message approprié	s'améliore	en voie de réalisation	réalisé	en voie de réalisation	s'améliore	en voie de réalisation	en voie de réalisation	réalisé
Mise à profit des enseignements tirés de l'expérience	s'améliore	s'améliore	élevé ne s'améliore pas	moyen stable	s'améliore	moyen stable	en voie de réalisation	moyen ne s'améliore pas

69. Quelques conclusions générales, pour examen par la Commission, ont pu être dégagées de l'analyse des réponses aux différentes parties du questionnaire portant sur la réduction de la demande de drogues:

a) Des progrès considérables ont été réalisés dans la mise en place des fondements d'une stratégie efficace de réduction de la demande de drogues, et on ne saurait guère douter de l'engagement politique et stratégique des pays; cependant, il faut que les pays s'emploient davantage à établir des partenariats plus étendus et à assurer la participation de toutes les parties intéressées.

b) Les fondements de cet engagement ne sont pas tout à fait solides. Les pays doivent améliorer la fiabilité des informations et leurs moyens d'évaluation afin d'élaborer des mesures plus performantes et plus judicieuses.

c) La plupart des pays ont des programmes en place, mais, particulièrement pour ce qui est de la réduction des effets néfastes sur la santé et la société, il y a encore des progrès importants à faire.

d) Pour ce qui est de la prévention, du traitement et de la réadaptation, le bilan est mitigé: certaines régions ont fait des progrès alors que d'autres connaissent un retard ou enregistrent un recul. Il faut consacrer davantage de ressources aux activités qui prennent en compte les besoins particuliers. Dans l'ensemble, il est évident qu'il faut fournir davantage d'efforts pour obtenir des résultats concrets et mesurables.

e) En termes d'analyse régionale, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, l'Afrique subsaharienne, ainsi que l'Asie centrale, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-Ouest doivent faire preuve d'une plus grande détermination et mobiliser davantage de ressources en vue de la réduction de la demande. Les progrès relatifs réalisés par l'Amérique latine et les Caraïbes, et, dans une certaine mesure, par l'Asie de l'Est et du Sud-Est pourraient fléchir si des mesures durables ne sont pas prises. L'Amérique du Nord, l'Europe et l'Océanie doivent s'attacher à maintenir les mesures prises dans la plupart des domaines d'une ampleur relativement satisfaisante, et s'adapter aux nouvelles tendances qui se font jour.

Notes

¹ L'indice de réduction de la demande se fonde sur les informations relatives à la mise en place et à la couverture des activités de réduction de la demande de drogues que les États Membres ont données en réponse au questionnaire biennal. L'analyse repose sur les informations données par les pays ayant répondu au questionnaire pour plus d'un cycle. Les questions de la section intitulée "Lutte contre le problème" ont été considérablement remaniées à l'occasion de la révision du questionnaire et c'est pourquoi, par souci de comparabilité, l'analyse n'inclut que les cycles 2000-2002 et 2002-2004. Les progrès effectués dans divers domaines de la réduction de la demande sont présentés sous la forme de moyennes régionales établies à partir des pourcentages exprimant l'ampleur des mesures entreprises par les pays de chaque région. On compte que cette nouvelle méthode améliorera l'analyse générale des mesures entreprises en vue de la réalisation des objectifs fixés par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire en matière de réduction de la demande et contribuera à l'évaluation sur le long terme de l'application du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la demande de drogues (résolution 54/132 de l'Assemblée générale, annexe).