



# Conseil économique et social

Distr.: Générale  
13 janvier 2005

Français  
Original: Anglais

## Commission des stupéfiants

Quarante-huitième session

Vienne, 7-14 mars 2005

Point 5 c) de l'ordre du jour provisoire\*

**Réduction de la demande de drogues: situation mondiale  
en ce qui concerne l'abus de drogues**

## Situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues

### Rapport du secrétariat

#### Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-3	2
II. Tendances de l'abus de drogues durant la période 1998-2003	4-13	3
A. Cannabis	10	4
B. Opioïdes	11	4
C. Cocaïne	12	6
D. Stimulants de type amphétamine	13	8
III. Traitement de l'abus de drogues	14-58	10
A. Demande de traitement	20-30	11
B. Motif principal du traitement	31-46	14
C. Moyenne d'âge et sexe des personnes en traitement	47-58	18
IV. Amélioration de la base de données mondiale sur l'abus des substances	59-66	21

\*E/CN.7/2005/1.



## I. Introduction

1. Le présent rapport donne un aperçu des tendances de l'abus de drogues pour la période 1998-2003, sur la base des réponses reçues des États Membres à la partie II du questionnaire destiné à l'établissement des rapports annuels (E/NR/2003/2). Il contient aussi un aperçu de la situation mondiale en ce qui concerne la demande de traitement pour évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de la Déclaration politique adoptée par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire (résolution S-20/2 de l'Assemblée générale, annexe) et du Plan d'action sur la mise en oeuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution 54/132 de l'Assemblée générale, annexe).

2. Depuis 1998, les tendances de l'abus de drogues qui ont été signalées se dessinent comme suit:

a) L'abus de cannabis a augmenté dans la plupart des pays d'Asie, d'Afrique et d'Europe alors qu'il est resté stable ou a diminué dans le reste du monde;

b) L'abus d'opioïdes a régressé en Europe et en Océanie mais a augmenté dans la plupart des pays d'Asie. En Amérique du Nord, la tendance est stable;

c) Les tendances récentes indiquent que l'abus de cocaïne est stable dans les Amériques même s'il reste important. L'abus croissant de cocaïne en Europe devient problématique;

d) L'abus de stimulants de type amphétamine (STA) augmente en Asie et en Europe depuis 1998. En Amérique du Nord et en Océanie, la tendance est stable.

3. En ce qui concerne la demande de traitement, les points principaux sont les suivants:

a) À l'échelon mondial, l'abus d'opioïdes et de cocaïne demeure responsable de la majorité des cas de traitement pour abus de drogues mais l'abus de STA et de cannabis est de plus en plus considéré comme cause principale de la demande de traitement;

b) La moyenne d'âge des demandeurs varie entre 27 et 29 ans. Cependant, la demande de traitement des jeunes consommateurs de cannabis de moins de 20 ans augmente dans de nombreuses régions;

c) Les hommes sont majoritaires parmi les consommateurs de drogues et parmi les personnes demandant à être traitées pour abus de drogues dans toutes les régions. Les femmes ont du mal à se prévaloir des services de traitement spécialisés dans de nombreuses régions;

d) Les différences de sexe ont moins d'incidence en ce qui concerne l'utilisation de STA mais en ont plus pour ce qui est de la consommation de cannabis et d'opioïdes;

e) Dans l'ensemble, on manque de données sur le traitement normalisées, c'est-à-dire qui se fondent sur des méthodes et concepts harmonisés.

## II Tendances de l'abus de drogues durant la période 1998-2003

4. Il est demandé aux États Membres de signaler tous les ans dans le questionnaire destiné aux rapports annuels les tendances - croissantes, stables ou décroissantes - en ce qui concerne l'abus des différents types de drogues dans l'ensemble de la population (personnes âgées de 15 à 64 ans) sur une échelle de cinq points (forte augmentation, augmentation légère, pas de grand changement, diminution légère, forte diminution). Bien que l'information signalée, qui est basée sur l'opinion d'experts, ait ses limites, c'est celle que la plupart des pays ont fournie de façon relativement cohérente au fil des années.

5. Les autres informations demandées dans le questionnaire destiné aux rapports annuels (prévalence dans l'ensemble de la population, la population scolarisée, demande de traitement, etc.) ne sont pas toujours disponibles pour les différentes années, ou peuvent être difficiles à exploiter à des fins de comparaison. Ce problème devra être sérieusement examiné par la Commission, et doit être pris en considération lorsqu'on fait le point des progrès depuis 1998.

6. En l'absence d'une série de données complètes sur la prévalence de l'abus de drogues, le présent rapport quantifie les avis d'experts pour dégager des tendances régionales. L'analyse pondérée des tendances de l'abus de drogues présentée à la Commission pour la première fois en 2004 a été utilisée pour réaliser des estimations pondérées des tendances régionales prenant en compte les différentes tailles de la population des pays qui communiquent des renseignements<sup>1</sup>. Toutefois, certaines limitations doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats:

a) Les renseignements sont fournis en tant qu'avis d'experts et ne correspondent pas nécessairement aux tendances effectives;

b) La différence entre les divers degrés de la tendance de l'abus de drogues (par exemple entre une "légère diminution" et une "forte diminution") peut ne pas être interprétée de la même façon dans différents pays ou dans le même pays pour des années de référence différentes;

c) Les tendances redditionnelles relatives à l'abus d'un type de drogues, par exemple les STA, peuvent être faussées par des variations des tendances de l'abus de substances différentes (la tendance de l'utilisation d'ecstasy peut être à l'accroissement alors que la tendance de l'utilisation d'amphétamine diminue).

7. Le présent rapport ne donne que des orientations générales en ce qui concerne les principaux types de drogues signalés par les États Membres, ce qui débouche inévitablement sur des généralisations. L'expérience d'un ou deux pays dans chaque région s'écarte parfois de la tendance régionale globale. Il faut alors une analyse des tendances plus spécifique par drogue pour étayer les conclusions. Cependant, malgré ces limitations, les résultats d'ensemble – chaque fois qu'une comparaison avec d'autres indicateurs a pu être faite – se sont révélés globalement conformes aux indicateurs.

8. L'analyse des avis d'experts nationaux bien informés fournit une base d'analyse des tendances plus large, étant donné que la plupart des pays n'ont toujours pas la capacité de fournir des données sur l'abus de drogues illicites en se fondant sur des enquêtes dans la population ou des estimations de la prévalence.

9. L'aperçu général des tendances de l'abus de drogues pour la période 1998-2003 est basé sur un certain nombre de réponses annuelles, le taux de réponses étant compris entre 40 et 60 pour cent.<sup>2</sup> Les taux de réponse en ce qui concerne 2003 sont présentés par région, au tableau 1.

Tableau 1

**Réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels 2003 (partie II), par région**

<i>Région</i>	<i>Nombre de questionnaires distribués/ Nombre de questionnaires remplis</i>		<i>Pays et territoires ayant répondu (en pourcentage)</i>
Asie centrale, Asie du Sud et du Sud-Ouest	14	9	64
Asie de l'Est et du Sud-Est	16	13	81
Europe	48	39	81
Amérique latine et Caraïbes	32	16	50
Afrique du Nord et Moyen-Orient	18	9	50
Amérique du Nord	3	2	67
Océanie	14	3	21
Afrique subsaharienne	47	18	38
<b>Total mondial</b>	<b>192</b>	<b>109</b>	<b>57</b>

## A. Cannabis

10. Le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée dans le monde. En termes de tendances générales, le niveau de l'abus de cannabis semble avoir augmenté dans la plupart des régions depuis 1998. Toutefois, dans certaines régions où la prévalence dans l'ensemble de la population est élevée (par exemple en Amérique du Nord), la tendance est décroissante ou stable. En Asie, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, en Afrique subsaharienne et en Europe, la tendance de l'abus de cannabis est à l'augmentation (voir figure I).

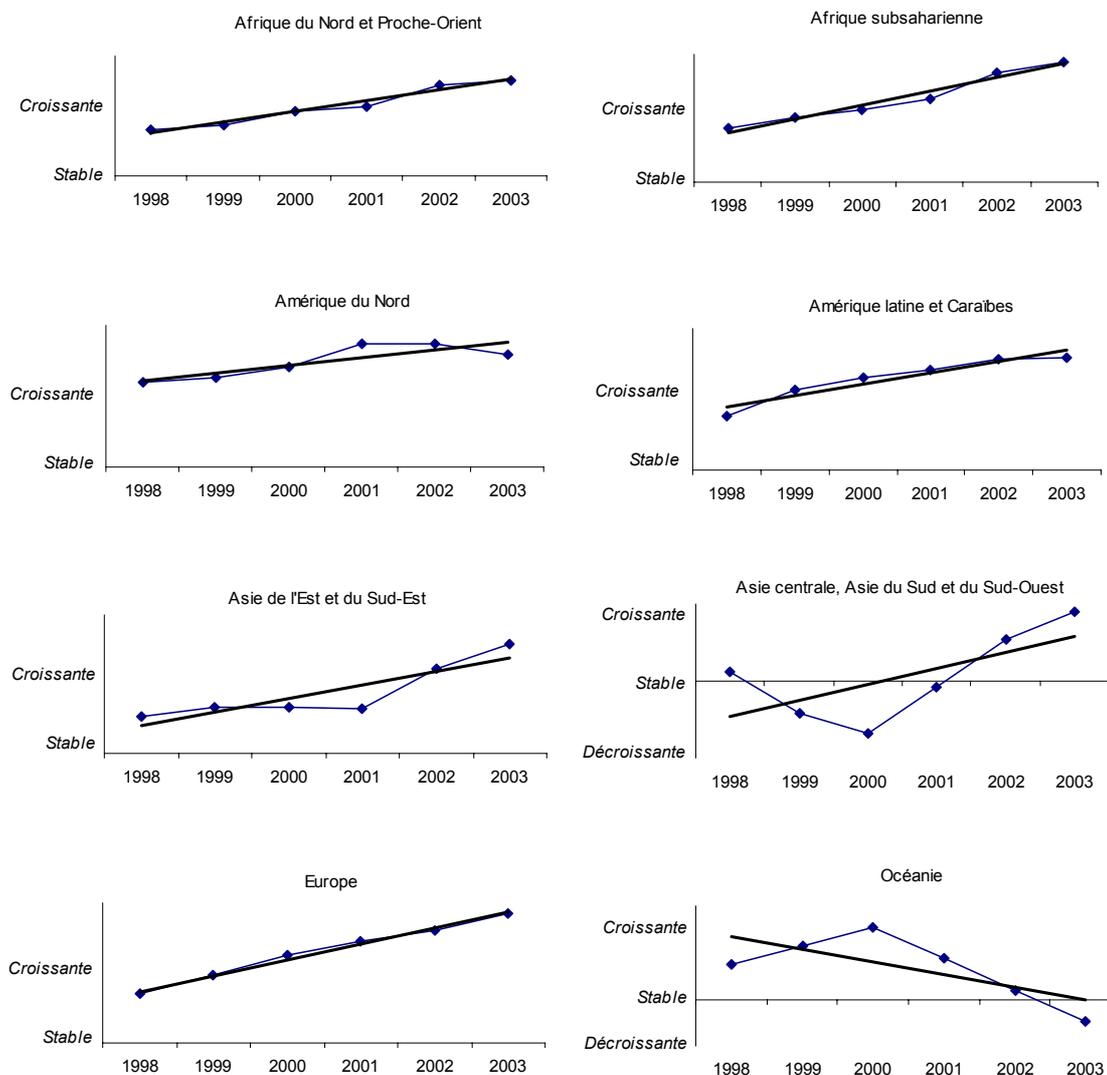
## B. Opioïdes

11. Les rapports émanant d'Europe et d'Océanie indiquent un recul de l'abus d'opioïdes alors qu'en Amérique du Nord il semble stable. Même si l'héroïne reste la drogue qui suscite le plus de préoccupations dans la plupart des pays d'Europe orientale, les pays de la région qui ont signalé une tendance à la hausse ont été moins nombreux que ceux qui ont indiqué une tendance stable ou décroissante de l'abus d'opioïdes en 2003. Des augmentations ont été signalées dans des pays où les opioïdes ne sont traditionnellement pas les drogues qui posent le plus de problème, comme les pays d'Afrique subsaharienne (voir figure II). La situation est particulièrement préoccupante dans les pays d'Asie, en particulier d'Asie centrale, où la consommation d'opioïdes par injection prend rapidement de l'ampleur depuis quelques années. Il convient de noter toutefois que les tendances en Asie peuvent en partie s'expliquer par les augmentations enregistrées en Chine et en Inde (du fait que

le système utilisé pour calculer les tendances est fonction de la taille de la population de chaque pays). Cela se trouve confirmé aussi lorsqu'on examine la situation mondiale. Si la Chine et l'Inde sont exclues de l'analyse, la tendance mondiale de l'abus d'opioïdes apparaît décroissante.

Figure I

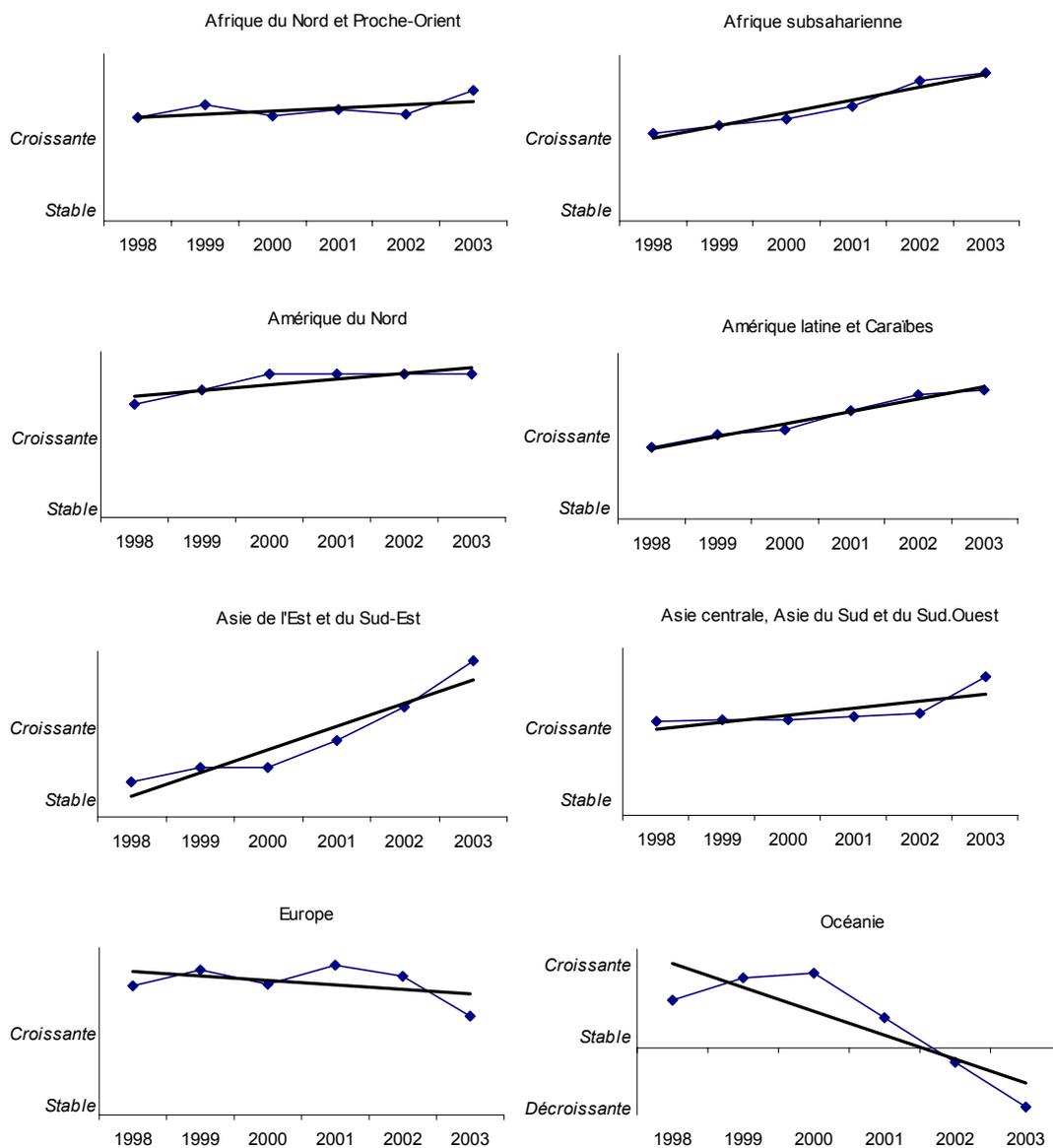
## Tendances de l'abus de cannabis, par région, 1998-2003



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

Note: Estimations de la tendance nationale pondérées par taille de la population.

Figure II  
Tendances de l'abus d'opioïdes, par région, 1998-2003



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

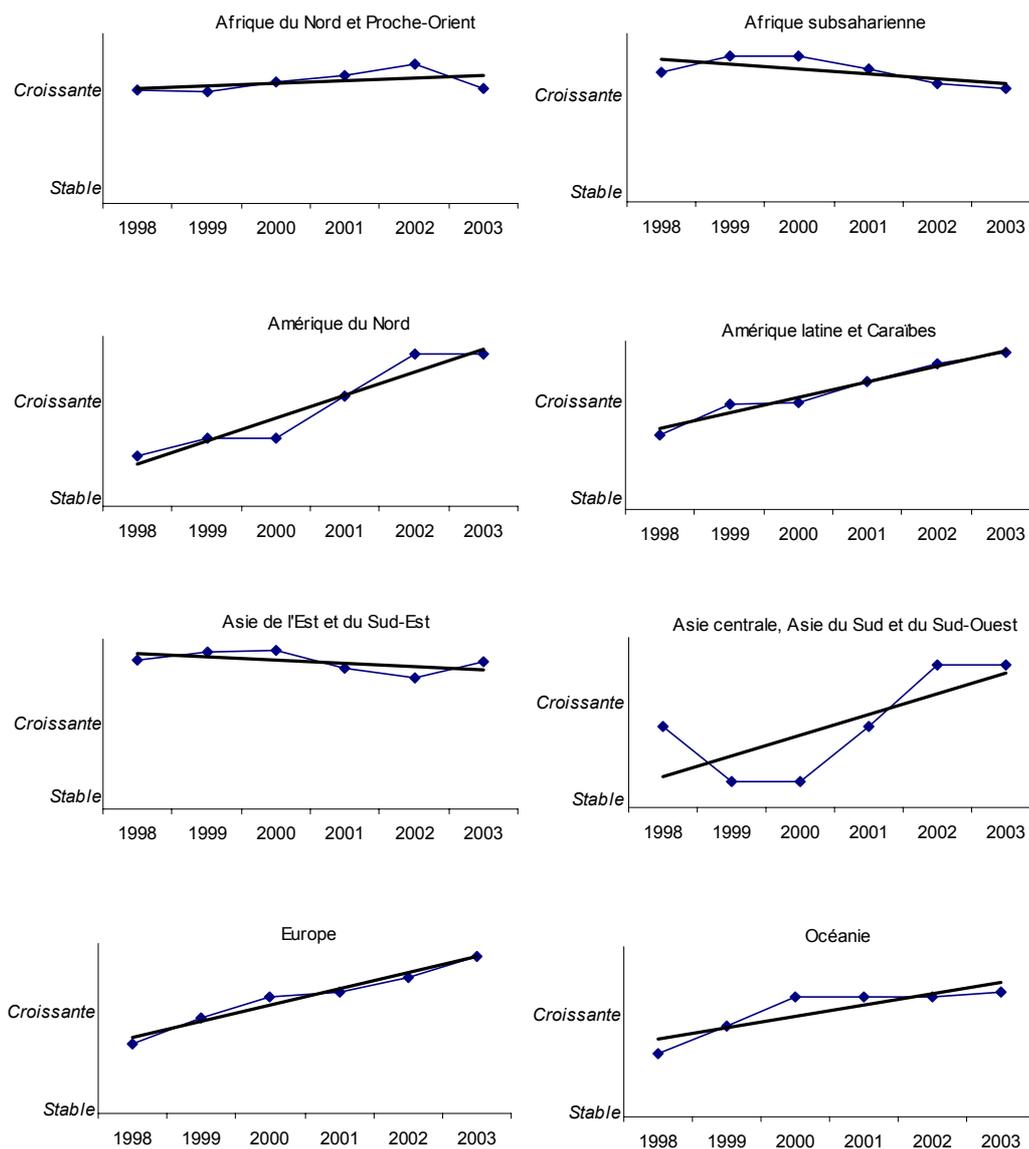
Note: Estimations de la tendance nationale pondérées par taille de la population.

### C. Cocaïne

12. Les tendances de l'abus de cocaïne font apparaître une certaine stabilisation dans les principales régions de consommation, à savoir l'Amérique du Nord et l'Amérique latine. Dans les Caraïbes, le crack reste en particulier un motif de préoccupation. Près de la moitié des pays ayant répondu au questionnaire en Europe

ont signalé une augmentation de la consommation de cocaïne. En Afrique, les indicateurs de l'abus de cocaïne font apparaître une diminution globale depuis 1998; cependant, la tendance semble s'être stabilisée depuis deux ans. En Asie de l'Est et du Sud-Est, après une période de recul, une augmentation de l'abus de cocaïne a été signalée en 2003. En Océanie, la situation en ce qui concerne l'abus de cocaïne reste assez stable (voir figure III).

Figure III  
Tendances de l'abus de cocaïne, par région, 1998-2003



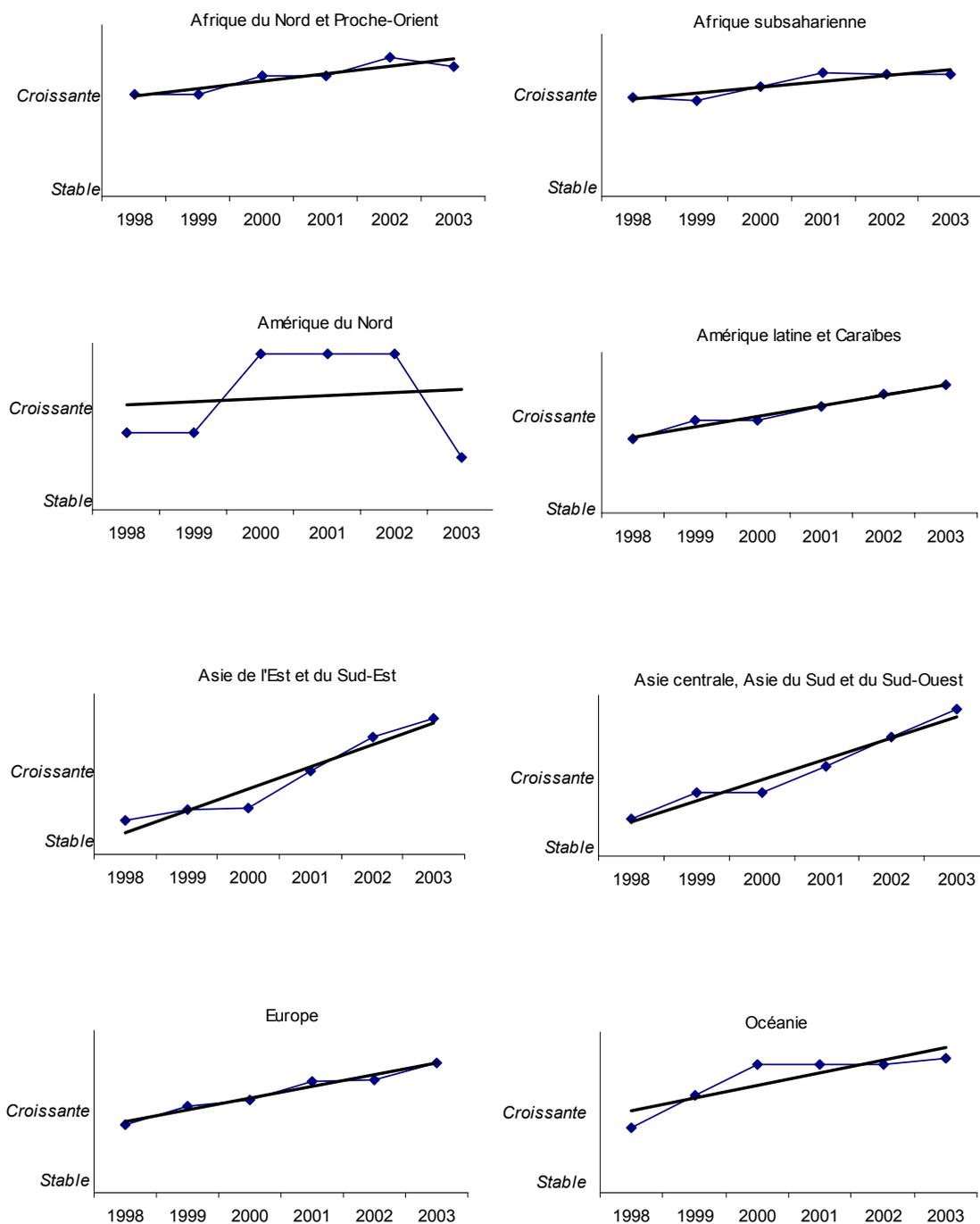
Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

Note: Estimations de la tendance nationale pondérées par taille de la population.

#### **D. Stimulants de type amphétamine**

13. En Asie de l'Est et du Sud-Est, en dépit de niveaux de prévalence qui restent relativement élevés et d'une consommation importante de STA dans la population, sans l'impact d'une tendance croissante en Chine, où la population est très nombreuse, la tendance régionale de l'abus de STA apparaîtrait assez stable. En ce qui concerne les autres principales régions de consommation de STA, la tendance indique une augmentation en Europe, et des signes de stabilisation en Océanie (voir figure IV). En Amérique du Nord, la tendance serait décroissante. Certains pays d'Afrique et du Moyen-Orient ayant répondu au questionnaire ont indiqué une progression de l'abus de STA depuis quelques années.

Figure IV  
Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine, par région, 1998-2003



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

Note: Estimations de la tendance nationale pondérées par taille de la population.

### III Traitement de l'abus de drogues

14. Pour permettre une évaluation complète des progrès réalisés s'agissant d'atteindre les objectifs de la Déclaration politique adoptée par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire, le secrétariat rendra compte de la situation mondiale en matière d'abus de drogues en mettant l'accent sur les principaux indicateurs épidémiologiques pour la période 1998-2008. Le présent rapport portera surtout sur la demande de traitement; dans le rapport pour 2006, l'accent sera mis sur la prévalence parmi les jeunes et dans le rapport pour 2007, sur l'ensemble de la population.

15. Les données concernant la demande de traitement sont importantes pour évaluer l'ampleur et la nature de l'abus de drogues illicites. Elles servent à la fois comme mesure directe de la demande de services de traitement et comme mesure indirecte pour évaluer les tendances de l'abus de drogues par des techniques d'estimation de la prévalence. De nombreux pays recueillent des données sur les activités et les caractéristiques des services de traitement pour usage de drogues et leurs clients comme base de la planification et de l'élaboration des politiques dans les domaines de la réduction de la demande de drogues, bien que le concept et les modalités du traitement des toxicomanes puissent varier d'un pays à l'autre. Le recours aux services de traitement de la toxicomanie (le nombre d'individus demandant une aide à cause de problèmes de drogues) a aussi été identifié comme un indicateur épidémiologique important de la demande de drogues pour la mise en place de systèmes efficaces d'information sur les drogues permettant de surveiller l'évolution de la situation et les tendances.

16. Lorsqu'on s'interroge sur les données concernant la demande de traitement et leurs utilisations potentielles, il est aussi important de reconnaître leurs limites inhérentes. Premièrement, du fait du laps de temps qui s'écoule entre la première prise de drogues illicites et la première demande de traitement, qui est souvent de plusieurs années, les données ne peuvent pas servir d'indicateur des tendances les plus récentes de l'abus de drogues.

17. Deuxièmement, la population de toxicomanes visée par les données concernant la demande de traitement dépend de la disponibilité et de l'accessibilité des services de traitement dans les différents pays. Ces données ne tiennent pas compte des cas qui ne sont pas signalés par les centres de traitement, des personnes qui sont admises dans les centres mais qui ne participent pas au système de rapports, de celles qui ne sont admises dans aucun centre de traitement et de celles pour lesquelles la consommation de drogues ne pose pas encore de problème. Comme les consommateurs de drogues consultent souvent des centres de traitement différents dans le courant de la même année, il existe un risque de double comptage et, par conséquent, de surestimation du nombre total de personnes demandant à être traitées à cause de problèmes de drogues. L'erreur peut être évitée en utilisant des techniques spécifiques telles que des éléments d'identification anonyme mais la solution n'est pas toujours faisable ou acceptable.

18. Troisièmement, de nombreuses incohérences subsistent encore à l'intérieur des systèmes et entre ces derniers au niveau des définitions et une plus grande clarté est nécessaire en ce qui concerne les éléments susceptibles d'harmonisation. En ce qui

concerne les comparaisons internationales, il convient de noter que tous les pays ne disposent pas de données individuelles sur les traitements et que lorsque des instruments standard existent, tous les pays ne recueillent pas des séries complètes de données. La diversité des systèmes de traitement ainsi que des méthodes d'organisation et de financement a aussi une incidence sur la disponibilité et la qualité des données concernant la demande de traitement et sur la fréquence des rapports.

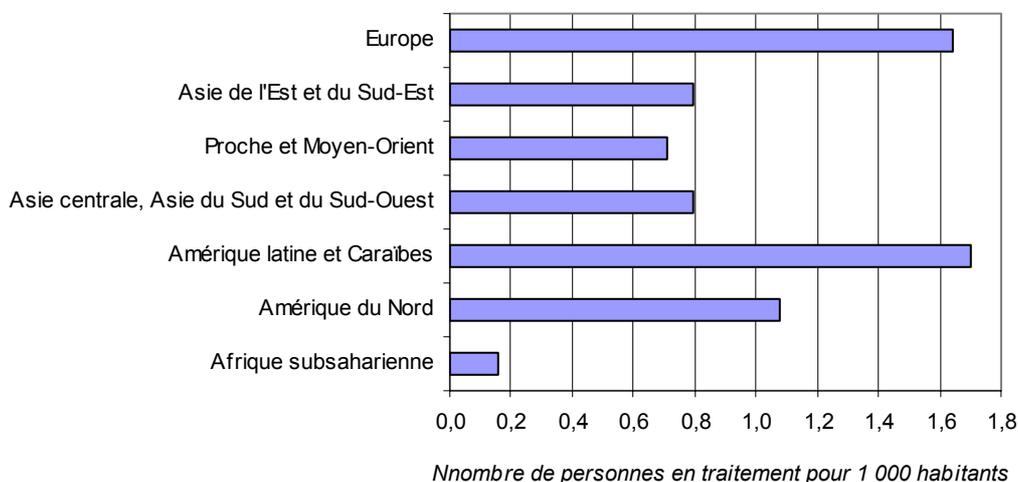
19. Les figures V à IX se fondent sur les données les plus récentes concernant la demande de traitement communiquées par les États dans le questionnaire destiné aux rapports annuels entre 2001 et 2003. Les chiffres sont présentés pour les régions pour lesquelles les données disponibles permettent une présentation régionale raisonnable. La comparaison entre les régions devrait être interprétée avec prudence à cause des limitations indiquées plus haut.

## A. Demande de traitement

20. Dans de nombreuses régions, les données concernant la demande de traitement pour abus de drogues sont du même type que celles qui sont en général disponibles en ce qui concerne l'abus de drogues. Le nombre de personnes recevant ce type de traitement pour 1 000 habitants (population âgée de 15 à 64 ans) (voir figure V) est très fortement influencé par la disponibilité et l'accessibilité des services de traitement spécialisés dans les différents pays et peut sembler faible même si une demande réelle de traitement pour la toxicomanie existe dans une région.

Figure V

**Nombre de personnes en traitement pour abus de drogues, pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, par région, dernières estimations disponibles**



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

21. La demande de traitement pour abus de drogues augmente en Amérique latine et dans les Caraïbes. La cocaïne et le cannabis sont traditionnellement les drogues

responsables de la plus grande partie des admissions en traitement. Cependant, il y a des différences considérables au niveau de la disponibilité des services de traitement spécialisés pour l'abus de drogues d'un pays à l'autre. Au Pérou, le nombre de personnes bénéficiant de différents types de services de traitement et de réinsertion augmente régulièrement et a doublé entre 2001 et 2002.

22. En ce qui concerne l'Amérique du Nord, le nombre total des admissions en traitement aux États-Unis d'Amérique est assez stable depuis dix ans. Au Mexique, la prévalence de l'abus de cocaïne est en progression: cette drogue est la principale responsable des admissions en traitement et le nombre des cocaïnomanes en traitement est en augmentation. Le nombre effectif de personnes ayant besoin d'un traitement de ce type est selon une estimation sept fois supérieur à ce qui est indiqué dans les données relatives au traitement.<sup>3</sup>

23. La plupart des pays d'Asie du Sud-Est et d'Asie centrale ont signalé ces dernières années une progression de la demande de traitement pour abus de drogues, en particulier en ce qui concerne les opioïdes. Par exemple, au Kazakhstan, le nombre total de toxicomanes qui ont suivi un traitement en 2003 témoigne d'une demande croissante depuis quelques années. Au Tadjikistan, par contre, on assiste depuis deux ans à un recul du nombre de personnes en traitement pour abus de drogues.

24. En Afrique subsaharienne, les systèmes de collecte de données et d'établissement de rapports sont très déficients et les services de traitement et de réinsertion sont dans l'ensemble moins nombreux que dans les autres régions. Cela doit être pris en compte lorsqu'on compare le faible nombre de personnes en traitement dans la région par rapport aux autres régions. Les données les plus représentatives concernant le traitement sont fournies par le biais du Réseau épidémiologique sur l'usage de drogues (SENDU) de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe (SADC). Dans les pays couverts par le SENDU, on a constaté une augmentation générale de la demande de traitement pour abus de drogues illicites en 2003. En particulier, en Afrique du Sud, à Maurice, au Mozambique, en Namibie, au Swaziland, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, il semble y avoir une demande de traitement pour abus de substances plus variées que dans les autres pays visés par le SENDU.

25. Au Proche et au Moyen-Orient, quelques pays seulement ont recueilli et transmis des données concernant le traitement d'une manière normalisée et systématique. Certains experts nationaux sont d'avis que la demande de traitement augmente dans la région. Au Liban, le nombre de personnes demandant à être traitées pour dépendance à des drogues a presque doublé entre 2001 et 2003. Par contre, les Émirats arabes unis ont signalé une diminution du nombre de cas traités depuis 2001.

26. En Australie, la tendance correspondant au nombre de personnes suivant un traitement pour des problèmes liés à la drogue est à la hausse depuis quelques années. En Nouvelle-Zélande, le nombre de personnes suivant un traitement pour abus de cannabis, de méthamphétamine et d'opioïdes autres que l'héroïne, a quelque peu augmenté. Le nombre de toxicomanes en traitement pour consommation d'héroïne, de cocaïne, d'amphétamine et d'ecstasy comme drogues principales, a été stable en 2003.

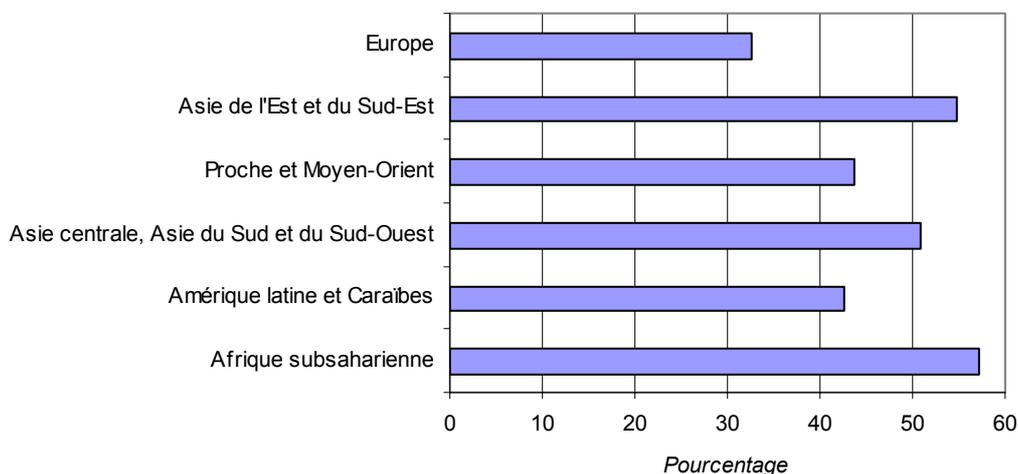
27. La comparaison du nombre de personnes suivant un traitement pour abus de drogues (voir figure V) avec le nombre des personnes suivant un traitement pour la première fois (voir figure VI) donne une indication des tendances récentes ou nouvelles en ce qui concerne les problèmes de drogues. Par exemple, le pourcentage des personnes traitées pour la première fois est manifestement élevé, plus de 50 pour cent, en Afrique subsaharienne et en Asie de l'Est et du Sud-Est, tandis que le nombre de personnes en cours de traitement (par 1 000 habitants de 15 à 64 ans) est resté relativement faible. Cela semble indiquer une aggravation du problème de drogues ainsi qu'une possible amélioration de la couverture des services.

28. En Asie de l'Est et du Sud-Est, la plupart des pays ont fait état d'un nombre croissant de nouveaux consommateurs de STA (essentiellement de la méthamphétamine sous forme de comprimés) ainsi que de consommateurs d'autres substances qui se seraient également mis à consommer des STA. Les tendances nationales peuvent toutefois différer de la situation régionale à cause de différences dans les schémas de consommation. Par exemple, en Chine, où les opioïdes et le cannabis restent à l'origine de la plupart des problèmes de drogues, l'incidence des nouveaux consommateurs signalés par les centres de traitement dans l'ensemble du pays est d'après les rapports en net recul aussi bien chez les hommes que chez les femmes depuis 2001.

29. L'Asie centrale et l'Asie du Sud et du Sud-Ouest, en tant que région, enregistre la proportion la plus forte de nouveaux clients suivant un traitement pour abus de drogues. Au Pakistan, par exemple, sur l'ensemble des personnes traitées pour des problèmes de drogues en 2003, plus des deux tiers suivaient un traitement pour la première fois. Au Kirghizistan, près de la moitié des personnes admises en établissement en 2003 l'étaient pour la première fois.

Figure VI

**Personnes traitées pour abus de drogues pour la première fois en pourcentage de toutes les personnes suivant un traitement pour abus de drogues, par région, dernières estimations disponibles**



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels.

30. En Europe, la tendance à l'augmentation du nombre total de personnes entreprenant un traitement s'est poursuivie. Cette progression pourrait être en partie attribuable à l'amélioration du système de rapports et à des services de traitement plus nombreux dans toute la région. Cependant, le pourcentage des personnes recevant un traitement pour la première fois semble être stable et en général inférieur à ce qu'il est dans les autres régions.<sup>4</sup>

## **B. Motif principal du traitement**

31. De nombreux pays fondent une partie des données sur le nombre de personnes admises en traitement; certains pays tiennent des registres nationaux des personnes en traitement pour abus de drogues. Si les données concernant la demande de traitement peuvent être ventilées par types de drogues, il y a des différences dans l'utilisation du concept de drogue principale à l'origine de la demande de traitement. Ce concept, qui définit la drogue illicite qui cause aux patients le plus de problèmes, est très important pour que l'intervention soit la plus efficace possible. Une utilisation normalisée du concept entraînerait une meilleure comparabilité en ce qui concerne l'importance des différents types de drogues à traiter dans différents contextes régionaux.

32. En Afrique subsaharienne, comme dans de nombreuses autres régions, l'absence de données normalisées régulièrement recueillies en ce qui concerne le traitement, entrave les efforts faits pour surveiller l'évolution de la consommation de drogues illicites. Sur les 18 pays d'Afrique subsaharienne qui ont répondu au questionnaire, 5 ont signalé une augmentation du nombre de personnes suivant un traitement principalement pour consommation de cannabis (Éthiopie, Maurice, Namibie, Seychelles et Zambie) et 4 ont déclaré une augmentation de la demande de traitement pour consommation d'héroïne comme drogue principale (Afrique du Sud, Maurice, Seychelles et Zambie). La proportion de patients consommant du cannabis comme drogue principale a beaucoup varié en 2003, allant de 4 pour cent en Namibie à 85 pour cent au Malawi.

33. La prévalence de l'abus de drogues par injection reste relativement faible dans toute l'Afrique australe. Parmi les pays de la région, c'est à Maurice que la proportion de patients suivant un traitement pour consommation d'héroïne comme drogue principale est la plus importante (plus de 90 pour cent), la moitié des héroïnomanes consommant la drogue par voie intraveineuse. Au Mozambique et en Afrique du Sud, le nombre de toxicomanes consommant de l'héroïne comme drogue principale augmente depuis quelques années. En Afrique subsaharienne, la demande de traitement pour des problèmes liés à la consommation de cocaïne est surtout concentrée en Namibie et en Afrique du Sud et, dans une moindre mesure, au Mozambique et en Zambie, une progression étant enregistrée dans ces derniers pays. Le nombre de cas où les STA sont la drogue principale motivant la demande de traitement reste faible dans la région.

34. En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, l'héroïne et le cannabis sont les substances illicites les plus fréquemment cités comme les raisons principales à l'origine de la demande de traitement pour problèmes de drogues (voir figure VII). Les autres substances fréquemment citées sont les amphétamines, ainsi que la

cocaïne dans certains pays, dont les Émirats arabes unis, le Liban, le Maroc et la Tunisie.

35. En Amérique du Nord, la cocaïne, en particulier le crack, reste un problème majeur dans la plupart des régions, malgré une tendance à la stabilisation ces dernières années. Le nombre d'admissions pour consommation de cocaïne en tant que drogue principale a reculé aux États-Unis depuis 1992, mais la cocaïne est restée à l'origine de la plus grosse part des admissions pour traitement de problèmes de drogues dans près de la moitié des régions communiquant des renseignements, représentant 40 à 53 pour cent du total des admissions. Depuis 1992, le nombre des admissions en traitement pour consommation d'opioïdes, de cannabis et de stimulants comme drogues principales a augmenté. Par contre, en 2003, les indicateurs concernant l'héroïne sont restés relativement stables, bien qu'à des niveaux élevés dans les régions du Nord-Est où de la poudre d'héroïne très pure d'Amérique du Sud est disponible.

36. On observe une augmentation importante à long terme du nombre d'admissions pour traitement de la dépendance au cannabis parmi les adolescents aux États-Unis. Entre 1992 et 2002, la part des admissions d'adolescents pour dépendance au cannabis en tant que principale substance consommée est passée de 23 à 64 pour cent, tandis qu'au cours de la même période, la part des admissions d'adolescents pour traitement de dépendance à l'alcool en tant que principale substance consommée a diminué, tombant de 56 à 20 pour cent de l'ensemble des admissions en traitement.

37. L'abus de méthamphétamine a continué de se généraliser rapidement parmi les nouvelles populations des États-Unis et on a signalé que des consommateurs d'autres drogues sont passés à la méthamphétamine. Les indicateurs concernant l'ecstasy n'ont par contre pas augmenté. Le taux d'admissions en traitement pour consommation de méthamphétamine et d'amphétamine comme principales substances est passé de 10 à 52 admissions pour 100 000 habitants de 12 ans ou plus entre 1992 et 2002, près d'un quart (23 pour cent) des patients ayant déclaré consommer la drogue par injection en 2002.<sup>5 6</sup>

Figure VII  
**Drogues indiquées comme motif principal du traitement pour abus de drogues, par région, dernières estimations disponibles**



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

38. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la cocaïne serait le principal motif de traitement pour problèmes de drogues dans sept pays (Chili, El Salvador, Guyana, Haïti, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Venezuela) et le cannabis dans quatre pays (Argentine, Bahamas, Équateur et Grenade). Au Brésil, la progression de la consommation de cocaïne parmi les adolescents est un problème de plus en plus aigu exerçant une forte pression sur les services de traitement.

39. En Asie de l'Est et du Sud-Est, des services spécialisés de traitement et de réinsertion sont nécessaires d'urgence pour faire face à la demande accrue de traitement d'une population de consommateurs de STA en augmentation. Les STA sont les drogues les plus consommées au Cambodge, au Japon, aux Philippines, en République de Corée et en Thaïlande; en Chine, en Indonésie, en Malaisie, en Mongolie, au Myanmar et au Viet Nam, elles arrivent après les opioïdes et/ou le cannabis. Au Japon, la méthamphétamine est la drogue principale consommée par 51 pour cent des personnes ayant fait appel à des services de traitement en 2003. Les Philippines ont enregistré une augmentation lente mais régulière du nombre des admissions en traitement au cours des cinq dernières années, principalement pour usage de méthamphétamine. En Thaïlande, depuis le milieu des années 90, l'abus de

méthamphétamine a augmenté, devenant la drogue principale à l'origine des demandes de traitement. Dans certains pays, par exemple, l'Indonésie, le Japon et le Myanmar, les tendances récentes de la demande de traitement semblent assez stables.

40. Malgré l'augmentation de la prévalence de l'abus de STA, la demande de traitement pour abus d'opioïdes reste prédominante dans de nombreux pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est. En Chine, en Malaisie et au Myanmar, par exemple, la grande majorité des patients demandant à être suivis sont des consommateurs d'héroïne et d'opium. En Chine, les STA ne font que depuis peu partie des schémas de polytoxicomanie et l'abus d'opioïdes, héroïne en particulier, représente la grande majorité (96,8 pour cent) des cas de traitement pour problèmes de drogues.<sup>7, 8</sup>

41. En Asie centrale et en Asie du Sud et du Sud-Ouest, la demande de traitement est surtout motivée par des problèmes liés à l'abus d'opioïdes, en particulier l'héroïne. Dans les pays d'Asie centrale, la proportion des toxicomanes consommant principalement de l'héroïne parmi ceux qui font appel aux services de traitement s'établit en général entre 60 et 95 pour cent. Dans la plupart des cas, ils consomment les drogues par injection. En Inde, les drogues les plus fréquemment consommées par les personnes en demande de traitement sont le cannabis, l'héroïne et l'opium. La proportion des consommateurs de cannabis a doublé entre 1997 et 2000 en Inde mais est stable depuis quelques années. Par contre, la demande de traitement indique depuis peu une augmentation du nombre d'admissions pour abus d'héroïne et d'opium, qui était en recul à la fin des années 90. La prévalence de l'abus de STA et de cocaïne est restée stable en Inde, comme en témoigne la demande de traitement pour abus de ces substances.<sup>9</sup>

42. En Europe, les opioïdes, le cannabis et la cocaïne sont les plus fréquemment citées comme drogues primaires ou secondaires par les personnes faisant appel aux services de traitement pour des problèmes de drogues, avec des différences notables entre les pays. Dans la plupart des pays, les opiacés (surtout l'héroïne), restent la cause principale de la demande de traitement, représentant de 40 à 90 pour cent de l'ensemble des admissions en Europe. À l'exception notable des nouveaux États membres de l'Union européenne, il semblerait que la consommation d'héroïne par injection diminue dans certains pays, en particulier chez les personnes nouvellement admises dans des centres de traitement.

43. Le cannabis vient au deuxième rang des drogues les plus fréquemment citées en Europe, en particulier parmi les personnes qui entreprennent un traitement pour la première fois: le cannabis serait responsable de près du tiers de ces nouvelles admissions. La cocaïne vient au troisième rang des drogues les plus fréquemment consommées par les personnes admises dans des centres de traitement, représentant environ 25 pour cent des nouvelles admissions. Dans les nouveaux États membres de l'Union européenne, la demande de traitement pour dépendance à la cocaïne reste faible. La consommation de stimulants autres que la cocaïne semble être moins fréquemment citée comme raison pour entreprendre un traitement dans la plupart des pays d'Europe.<sup>4</sup>

44. En Fédération de Russie, la consommation d'héroïne est responsable de la grande majorité (88 pour cent) des cas de traitement pour usage de drogues illicites. Le nombre de cas où l'abus d'autres substances est cité comme motif principal de la demande de traitement reste faible. Par contre, les personnes suivant un traitement

pour abus de cannabis comme drogue principale dans des centres de traitement spécialisés et des établissements psychiatriques est en augmentation.

45. En Australie, l'abus d'héroïne, de cannabis et d'amphétamines a été signalé comme étant le motif principal de la demande de traitement en 2003. Un grand nombre de personnes suivent un traitement ambulatoire en Australie, et le nombre effectif de ces personnes pourrait s'élever à 5 à 10 fois plus que le nombre des personnes en traitement dans des établissements spécialisés, selon la fréquence des visites au centre de traitement.

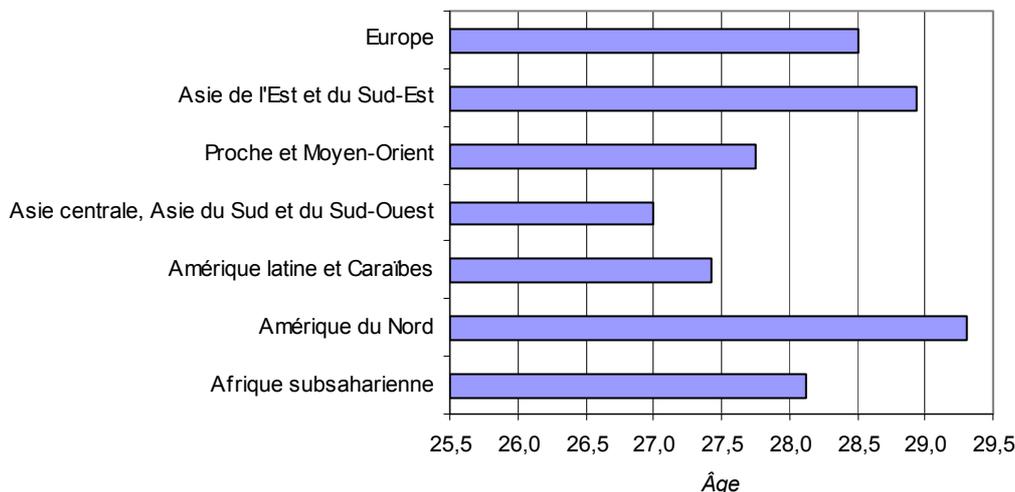
46. Tandis qu'en Australie, le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée, l'abus croissant de drogues synthétiques, telles que la méthamphétamine et l'ecstasy, pourrait causer un gros problème aux systèmes de traitement australiens.<sup>10</sup> En Nouvelle-Zélande, le cannabis représente l'essentiel de la demande pour traitement de la toxicomanie, tandis qu'une enquête récente portant sur l'utilisation de la méthamphétamine a révélé que le nombre de personnes demandant à être traitées pour dépendance à la méthamphétamine avait augmenté.<sup>11</sup>

### C. Âge moyen et sexe des personnes suivant un traitement

47. Les différences dans la moyenne d'âge des personnes suivant un traitement pour problème de drogues sont relativement réduites d'une région à l'autre (voir figure VIII). En outre, la moyenne d'âge pour les différents types de drogues est assez similaire dans toutes les régions. Par exemple, en ce qui concerne l'usage de cannabis, la moyenne d'âge est généralement inférieure à ce qu'elle est pour les autres substances, alors que les personnes traitées pour dépendance aux opioïdes sont en général plus âgées. Dans de nombreuses régions, la demande de traitement parmi les consommateurs de cannabis de moins de 20 ans est en progression.

Figure VIII

**Moyenne d'âge des personnes suivant un traitement pour abus de drogues, par région, dernières estimations disponibles**



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

48. En Afrique subsaharienne, une augmentation de la proportion des personnes de moins de 20 ans suivant un traitement pour abus de drogues a été constatée en Afrique du Sud, au Botswana et au Mozambique, bien qu'en Afrique du Sud, la tendance se soit récemment stabilisée. En Afrique du Sud, au Swaziland et en Zambie, plus d'un patient sur cinq avait moins de 20 ans en 2003.<sup>12, 13, 14</sup>

49. En Amérique du Nord, la moyenne d'âge des personnes suivant un traitement est plus élevée que dans les autres régions, ce qui reflète en partie la proportion élevée des cocaïnomanes. Aux États-Unis, la moyenne d'âge des personnes admises était de 37 ans pour ceux qui fumaient de la cocaïne et de 34 ans pour les non fumeurs de cocaïne. En ce qui concerne les admissions pour dépendance à l'héroïne, la moyenne d'âge était également élevée, 36 ans, par rapport à la moyenne d'âge des patients traités surtout pour dépendance au cannabis et à la méthamphétamine (ou à l'amphétamine) (23 et 31 ans, respectivement).<sup>5</sup>

50. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la moyenne d'âge des personnes suivant un traitement pour abus de drogues illicites d'un type ou d'un autre allait de 20 à 35 ans en 2003. La moyenne d'âge des patients traités essentiellement pour des problèmes de dépendance au cannabis est généralement inférieure (17-18 ans) à ce qu'elle est pour les autres substances, en particulier la cocaïne. Les jeunes consommateurs de cannabis dans certains pays de la région ont de plus en plus besoin de services de traitement spécialisés.

51. En Inde, la répartition par âge des personnes suivant un traitement varie considérablement selon les types de drogues et est quelque peu différente de ce qu'on observe le plus souvent ailleurs. Environ un tiers (32,2 pour cent) des consommateurs d'opium ont plus de 40 ans; les consommateurs d'héroïne sont sensiblement plus jeunes, près de la moitié d'entre eux (48,8 pour cent) ayant de 21 à 30 ans. La demande de traitement pour dépendance au cannabis est répartie de manière relativement régulière entre les différents groupes d'âge. Pour tous les types de drogues, moins de une personne sur dix avait moins de 20 ans, surtout parmi les opiomanes (3,1 pour cent).<sup>9</sup> Dans les pays d'Asie centrale, la moyenne d'âge des consommateurs de drogues suivant un traitement est en général de 30 ans environ.

52. En Europe, les personnes en traitement pour dépendance au cannabis sont en général plus jeunes (souvent moins de 20 ans) que ceux qui consomment d'autres substances, en particulier de l'héroïne.<sup>4</sup>

53. Les hommes représentent la majorité des personnes suivant un traitement pour problème de drogues dans toutes les régions (voir figure IX). La proportion plus faible de femmes est peut-être due en partie à la proportion plus élevée de toxicomanes de sexe masculin et aux diverses difficultés d'accès des femmes aux services de traitement, ou au fait qu'elles s'adressent ailleurs qu'aux services spécialisés de traitement de la toxicomanie pour obtenir de l'aide. Il convient de noter que, au plan mondial, un tiers seulement des pays ont déclaré avoir des services de traitement et de réinsertion appliquant des approches différenciées selon les sexes, les différences entre les régions étant mineures. Dans de nombreuses régions, la différence entre hommes et femmes au niveau de la demande de traitement est la moins marquée pour les STA et la plus marquée pour le cannabis et les opioïdes.

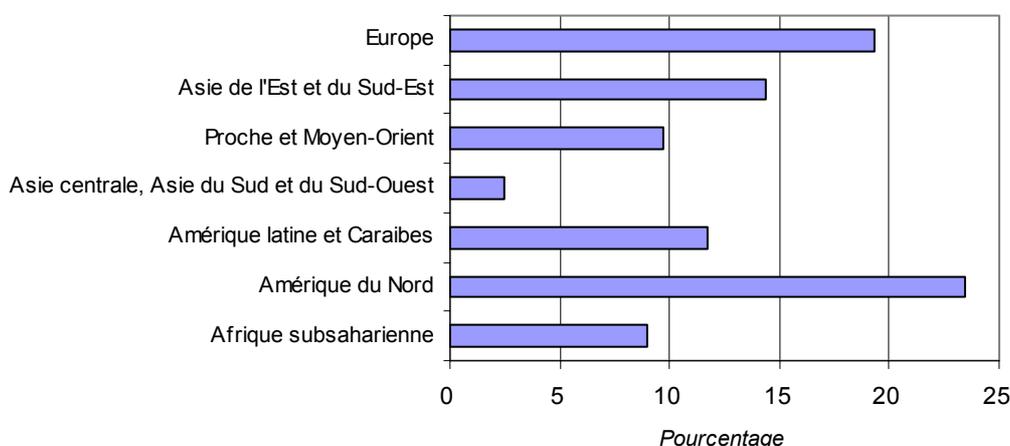
54. En Asie centrale et en Asie du Sud et du Sud-Ouest, la proportion de femmes suivant un traitement pour abus de drogues est sensiblement inférieure à ce qu'elle

est dans les autres régions du monde et les hommes représentent généralement 90 à 95 pour cent des personnes suivant un traitement.

55. Au Proche et au Moyen-Orient, quelques sources seulement fournissent des renseignements sur le profil par sexe de la population suivant un traitement pour problèmes de drogues. Au Liban et en Israël, la proportion de femmes fréquentant les services de traitement pour abus de drogues en 2003 était de 12 et 15 pour cent, respectivement. Au Koweït, la proportion de femmes suivant un traitement n'était que de 2 pour cent en 2001. En Afrique du Nord, les données disponibles pour l'Égypte indiquent qu'en 2001, une petite proportion seulement (2,8 pour cent) des personnes suivant un traitement était des femmes.<sup>15</sup>

Figure IX

**Proportion de femmes parmi les personnes suivant un traitement pour problème de drogues, par région, dernières estimations disponibles**



Source: Questionnaire destiné aux rapports annuels

56. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la proportion de femmes suivant un traitement pour problèmes de drogues était en moyenne de 12 pour cent en 2003, bien que moins de la moitié des pays de la région ventilent par sexe les données relatives au traitement.

57. En Amérique du Nord, la différence entre hommes et femmes aux États-Unis est particulièrement importante pour le cannabis, l'héroïne et la cocaïne autrement que fumée comme drogues principales, les hommes représentant plus des deux tiers des admissions pour abus de ces drogues. En ce qui concerne les personnes admises en traitement pour consommation de méthamphétamine/amphétamine et de cocaïne fumée comme drogues principales, la différence entre les sexes est moins marquée.<sup>5</sup>

58. En Europe, ce ratio hommes/femmes en ce qui concerne le traitement pour toxicomanie varie considérablement d'un pays à l'autre, allant de 3:1 à 6:1, la proportion la plus élevée de consommatrices de drogues étant enregistrée dans les pays d'Europe septentrionale et les nouveaux États membres de l'Union européenne.<sup>4</sup> Dans la Fédération de Russie, les hommes représentent plus de

80 pour cent de toutes les personnes admises en traitement pour abus de drogues, avec quelques différences selon la substance. La proportion de femmes suivant un traitement est la plus faible pour l'usage de cannabis (5,6 pour cent) et la plus élevée pour l'usage de STA (20,1 pour cent).

#### **IV. Amélioration de la base d'information mondiale sur l'abus des substances**

59. Dans sa résolution 47/1, intitulée "Optimisation des systèmes intégrés d'information sur les drogues", la Commission des stupéfiants a prié le Directeur exécutif de lui rendre compte, à sa quarante-huitième session, de la suite donnée à cette résolution. Conformément à cette requête, la présente section contient un aperçu des activités entreprises par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) pour améliorer la base d'information mondiale en collaboration avec d'autres institutions internationales et organismes spécialisés.

60. Les données présentées ci-dessus indiquent que, bien que la capacité des pays à recueillir des données sur la situation en matière d'abus de drogues se soit beaucoup améliorée, des lacunes importantes subsistent. Tant que les États Membres et les organisations internationales ne seront pas en mesure de combler ces lacunes, il sera difficile d'évaluer les progrès réalisés s'agissant de réduire la demande de drogues illicites au cours des prochaines années.

61. Le suivi des progrès accomplis par les États Membres vers la réalisation des objectifs de réduction de la demande est essentiellement assuré par le biais du questionnaire destiné aux rapports annuels pour ce qui est des caractéristiques et des tendances de l'abus des drogues et par le biais du questionnaire destiné aux rapports biennaux pour ce qui est de l'application des stratégies et programmes de réduction de la demande qui mettent en oeuvre la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3, annexe de l'Assemblée générale). Dans le rapport pour 2004 concernant la situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues (E/CN.7/2004/2), certains des principaux problèmes que pose la mesure des progrès réalisés sont examinés.

62. Pour améliorer la couverture des données mondiales sur l'abus de substances et l'utilisation des instruments et bases de données existants, l'ONUDC a collaboré avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour assurer que les États Membres aient la possibilité d'obtenir des renseignements sur l'usage et l'abus de substances aussi bien licites qu'illicites. En particulier, des discussions ont eu lieu et une collaboration a été engagée en ce qui concerne l'harmonisation des bases de données sur le tabac (l'ONUDC a contribué à l'Enquête mondiale sur le tabac chez les jeunes) et l'alcool gérées par l'OMS et l'information sur l'abus des drogues illicites gérée par l'ONUDC. L'ONUDC échange aussi des renseignements avec l'OMS dans le contexte de l'étude que mène cette dernière sur la santé mentale, le système de coordination de l'information sur l'évolution des toxicomanies (ATLAS), qui recueille des renseignements sur le traitement et la prévention.

63. En outre, l'OMS a contribué au projet de l'ONUDC et de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) pour mettre au point un ensemble d'outils permettant de recueillir des données concernant le traitement. Ces

outils, qui aideront les États Membres à compiler des données comparables sur le traitement, sont mis au point dans le cadre des activités du Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues de l'ONUDC, en collaboration avec l'OEDT et des experts d'autres institutions internationales et organismes spécialisés.

64. Depuis 1999, grâce au Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues, l'ONUDC a fourni une aide à 51 pays sous forme de formation, d'analyses des situations et de création de réseaux. Dans 49 pays, des enquêtes sur la population, les écoles, les consommateurs de drogues à problème, la demande de traitement et le VIH ont été réalisées. Dans 23 pays, des études plus approfondies ont été menées pour aider les gouvernements à élaborer des politiques et à concevoir des programmes, car les données concernant la prévalence ne sont pas suffisantes pour guider les gouvernements dans leurs décisions. L'ONUDC a soutenu directement la création d'un réseau régional en Asie centrale, en Afrique orientale, en Afrique australe et aux Caraïbes.

65. Cela s'est traduit par une amélioration des normes pour l'établissement des rapports, ainsi que par une meilleure qualité et une couverture plus étendue des données qui ont permis à l'ONUDC de réaliser des analyses mondiales plus fines à l'intention des États Membres.

66. Le financement disponible a jusqu'ici permis la mise en oeuvre de sous-programmes régionaux du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues en Asie centrale et en Asie du Sud-Ouest, dans les Caraïbes, en Afrique de l'Est et en Afrique australe ainsi qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. En 2005, les activités seront élargies à l'Afrique occidentale et centrale.

---

#### Notes

<sup>1</sup> Chaque degré dans l'évaluation de la tendance s'est vu affecter une valeur numérique allant de -2 à +2 (-2 représentant une forte diminution; -1 une légère diminution; 0 aucun changement appréciable; +1 une légère augmentation; et +2 une forte augmentation). Les évaluations correspondant à chaque type de drogue ont été multipliées par la proportion de la population du pays dans la population totale de la région. Les évaluations nationales ont été cumulées pour représenter l'évaluation régionale annuelle de la tendance pour chaque type de drogue, et une tendance cumulative sur cinq ans pour chaque région a été calculée. L'avantage principal d'une telle méthode est que, dans le meilleur des cas, en tenant compte de la taille de population affectée par la tendance estimative, le risque de surestimer ou de sous-estimer considérablement l'ordre de grandeur des tendances régionales se trouve sensiblement réduit. Par exemple une forte augmentation de l'abus de cannabis dans un pays ayant une petite population est considérée comme ayant une moindre importance ou un moindre impact relatif qu'une augmentation légère dans un pays ayant une forte population à l'échelle de la région. Cet outil analytique a aussi été utilisé dans le Rapport 2004 sur les drogues dans le monde sous l'appellation "Indice des tendances de l'abus de drogues".

<sup>2</sup> Le taux de réponse a été de 57 pour cent (109 réponses soumises) pour l'année 2003, 55 pour cent (106 réponses soumises) pour 2002, 54 pour cent (103 réponses soumises) pour 2001, 41 pour cent (80 réponses soumises) pour 2000, 49 pour cent (94 réponses soumises) pour 1999 et 58 pour cent (112 réponses soumises) pour 1998.

- 
- <sup>3</sup> “*Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001*”; Consejo Nacional Contra las Adicciones, Centros de Integración Juvenil A.C, et al (Mexico City, 2001)
- <sup>4</sup> Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Rapport annuel 2004: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège (Lisbonne, 2004).
- <sup>5</sup> United States of America, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Treatment Episode Data Set (TEDS): 1992-2002. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, DASIS Series S-23, DHHS Publication No. SMA 04-3965 (Rockville, Maryland, 2004).
- <sup>6</sup> United States of America, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report* (December 2003).
- <sup>7</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Regional ATS Update and Training Meeting – Final Report* (Bangkok, 2004).
- <sup>8</sup> National Surveillance Center on Drug Abuse, *Report of drug abuse surveillance 2003* (Beijing, 2004).
- <sup>9</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Bureau régional pour l'Asie du Sud, *National Survey on Extent, Pattern and Trends of Drug Abuse in India: National Report* (2002)
- <sup>10</sup> Australian Institute of Health and Welfare, Alcohol and Other Drug Treatment Services in Australia 2001-02: Report on the National Minimum Data Set. HSE 28 (Canberra, 2003)
- <sup>11</sup> C. Wilkins et al., "Recent changes in the methamphetamine scene in New Zealand: preliminary findings from key informant surveys of drug enforcement officers and drug treatment workers", document présenté au Centre for Social and Health Outcome Research and Evaluation (SHORE) Seminar, Auckland (Nouvelle-Zélande), 16 janvier 2004)
- <sup>12</sup> C. Parry et al., Réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur l'abus de drogues (SACENDU): Alcohol and Drug Abuse Trends, mai 2004. (Cape Town, 2004).
- <sup>13</sup> Charles D.H. Parry et Andreas Plüddemann, "*SENDU: Réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur l'abus de drogues*", SENDU Update (Cape Town), vol. 7, 2004.
- <sup>14</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *East Africa Drug Information System (EADIS): Proceedings of the Third Annual Meeting* (octobre 2003).
- <sup>15</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Assessment of the Current Treatment and Rehabilitation Facilities and Services in Egypt* (2001).
-