



Commission des stupéfiants**Cinquante-quatrième session**

Vienne, 21-25 mars 2011

Point 6 a) de l'ordre du jour provisoire*

**Application de la Déclaration politique et du Plan d'action
sur la coopération internationale en vue d'une stratégie
intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial
de la drogue: réduction de la demande et mesures
connexes****Mesures visant à protéger les enfants et les jeunes de l'usage
illicite de drogues****Rapport du Directeur exécutif****I. Introduction**

1. Dans sa résolution 53/10 intitulée "Mesures visant à protéger les enfants et les jeunes de l'usage illicite de drogues", la Commission des stupéfiants a encouragé les États Membres à mettre en œuvre diverses interventions visant à prévenir l'usage illicite de drogues et à protéger les enfants et les jeunes. Elle a prié le Directeur exécutif de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) de lui rendre compte lors de sa cinquante-quatrième session des mesures prises et des progrès réalisés dans l'application de la résolution.

2. Pour permettre au Directeur exécutif de recueillir des informations sur les points soulevés dans la résolution et de les inclure dans son rapport à la Commission, une note verbale a été envoyée aux gouvernements le 25 août 2010, les invitant à informer l'UNODC sur les efforts qu'ils ont entrepris pour appliquer cette résolution en complétant et en renvoyant le questionnaire qui couvre plusieurs domaines essentiels en matière de prévention et de traitement de la toxicomanie.

* E/CN.7/2011/1.

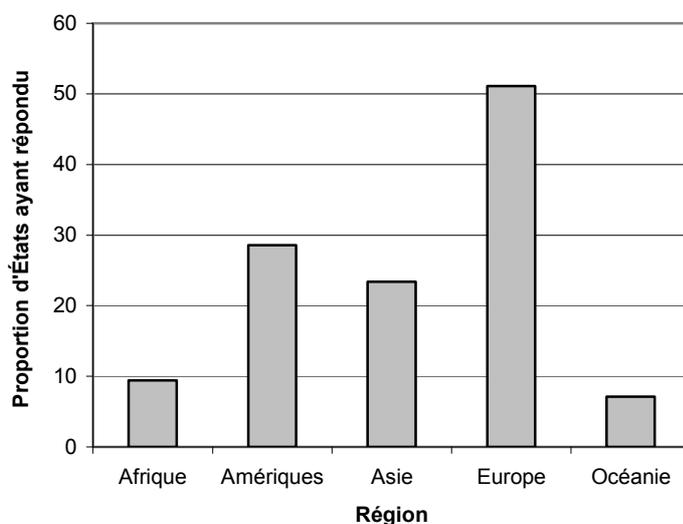


II. Résultats

3. À l'heure même où le présent rapport était rédigé, 50 gouvernements avaient répondu à la note verbale¹. Étant donné que peu de questionnaires ont été renvoyés, l'analyse des résultats est essentiellement présentée au niveau mondial. Dans certains cas, on trouvera une analyse régionale. L'Europe est le continent qui a enregistré le plus fort taux de réponse (plus de 50 %). Dans les Amériques et en Asie, plus de 20 % des États Membres ont répondu, tandis qu'en Afrique et en Océanie, moins de 10 % se sont manifestés (voir la figure I).

Figure I

Taux de réponse au questionnaire, par région
(Pourcentage)



III. Prévention de l'usage illicite de drogues

4. Sur le plan de la prévention, les États Membres devaient indiquer s'ils avaient mis en place des activités communément utilisées dans les programmes exhaustifs de prévention de la toxicomanie: diffusion d'informations sur le danger que représentent les drogues; éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie; formation pour l'acquisition de compétences parentales et familiales; programmes de prévention sur le lieu de travail; activités

¹ Afrique du Sud, Algérie, Allemagne, Andorre, Argentine, Arménie, Australie, Bahreïn, Bélarus, Bolivie (État plurinational de), Canada, Chili, Chine, Chypre, Colombie, Costa Rica, Croatie, El Salvador, Équateur, Espagne, Estonie, Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Kirghizistan, Liban, Lituanie, Luxembourg, Malte, Maurice, Mexique, Myanmar, Nigéria, Norvège, Pakistan, Philippines, Pologne, Portugal, République de Corée, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie, Venezuela (République bolivarienne du).

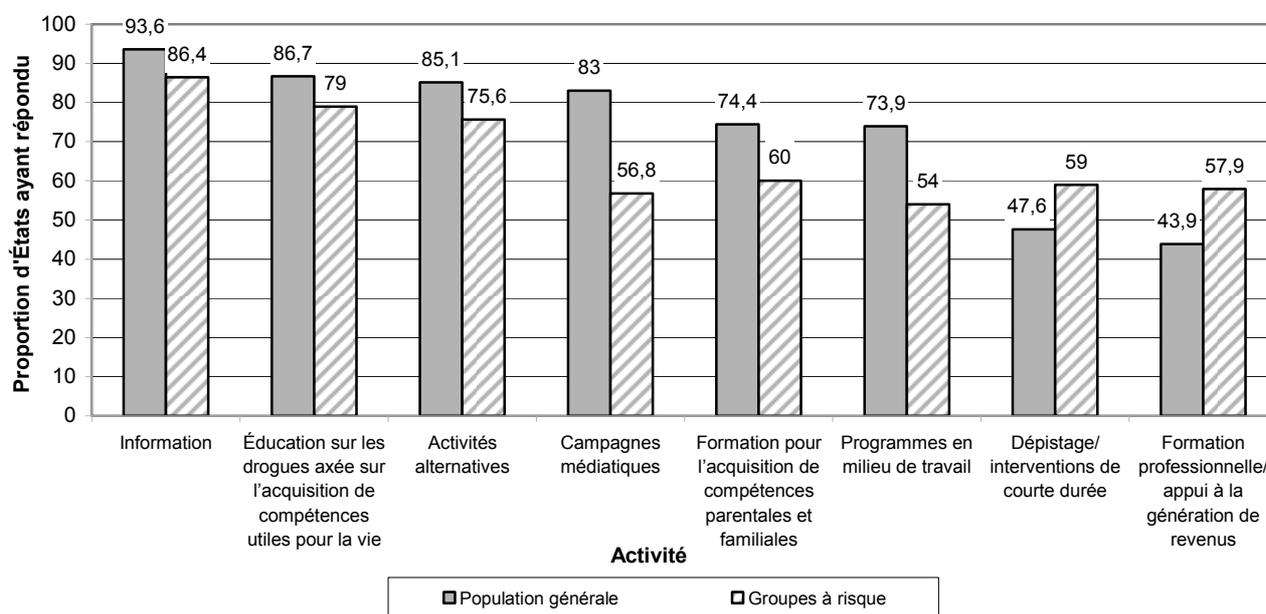
alternatives (sport, théâtre, musique, etc.); formation professionnelle et appui à la promotion d'activités génératrices de revenus; campagnes médiatiques; dépistage et interventions de courte durée. Par ailleurs, on demandait aux États Membres s'ils faisaient la promotion de deux types de programmes spécifiquement mentionnés dans la résolution 53/10, à savoir: les programmes de prévention en coordination avec les autorités locales et la société civile, et les programmes visant à prévenir la participation des enfants et des jeunes dans la production et le trafic illicites de drogues.

5. En outre, pour chacune des interventions, les États Membres devaient indiquer si cette dernière ciblait la population générale et/ou les groupes à risque, si elle avait ou non couvert une partie, la majorité ou la totalité de la population ciblée, et si elle avait été évaluée ou devait faire l'objet d'une évaluation.

6. La figure II présente les pourcentages d'États Membres qui, au niveau mondial, ont indiqué avoir mis en œuvre diverses actions de prévention par ordre décroissant de prévalence, à la fois pour la population générale et les groupes à risque. La tendance est la même dans les deux groupes ciblés: les activités par ordre décroissant de mise en œuvre sont l'information, l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie, les activités alternatives, les campagnes médiatiques, la formation pour l'acquisition de compétences parentales et familiales; le milieu professionnel, le dépistage/les interventions de courte durée et la formation professionnelle/l'appui à la génération de revenus.

Figure II

Toutes les régions: mise en œuvre de diverses activités de prévention destinées à la population générale et aux groupes à risque
(Pourcentage)



7. La fourchette de pourcentages entre l'action de prévention la plus utilisée et l'action de prévention la moins utilisée par les États Membres dans la population

générale (43,9 % à 93,6 %) est pratiquement identique à celle observée dans les groupes à risque (54 % à 86,4 %). Même si ces chiffres masquent de grandes disparités entre les activités et les régions, ils doivent être considérés comme un signe encourageant. À l'exception du dépistage/interventions de courte durée, et de la formation professionnelle/appui à la génération de revenus, toutes les autres actions de prévention ont été mises en œuvre par la majorité des États Membres, ce qui tend à démontrer qu'ils mettent en place une large gamme d'activités.

8. Le fort taux de réponse enregistré pour l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie est particulièrement encourageant. Lorsque ce type d'intervention est mis en œuvre conformément aux normes scientifiquement prouvées, il s'avère très efficace, car il peut éviter jusqu'à 20 % de nouvelles initiations. Il est également rentable, car chaque dollar investi permet d'économiser jusqu'à neuf dollars.

9. Les questionnaires destinés aux rapports biennaux, que les États Membres ont utilisés jusqu'en 2008 pour faire état de leurs programmes de réduction de la demande, ne tenaient pas compte de la plupart des interventions fondées sur des données concrètes qui figurent dans le questionnaire utilisé pour recueillir les informations sur l'application de la résolution 53/10. Il est donc particulièrement encourageant de constater que deux interventions dont l'efficacité a été démontrée à maintes reprises, à savoir la formation pour l'acquisition de compétences parentales et familiales, et le dépistage/interventions de courte durée, sont largement mises en œuvre.

10. Si les preuves à l'appui de l'efficacité des campagnes médiatiques sont plus contrastées, des éléments démontrent qu'une campagne médiatique soigneusement ciblée, basée sur une solide recherche formative et d'une durée et d'une intensité adéquates, peut contribuer au succès d'un programme national de prévention, en conseillant par exemple aux parents d'adopter des comportements simples leur permettant de bien protéger leurs enfants. Une analyse de la qualité et du contenu de ce type d'intervention et de toutes celles décrites dans le rapport permettrait de savoir réellement si les ressources ont été investies à bon escient.

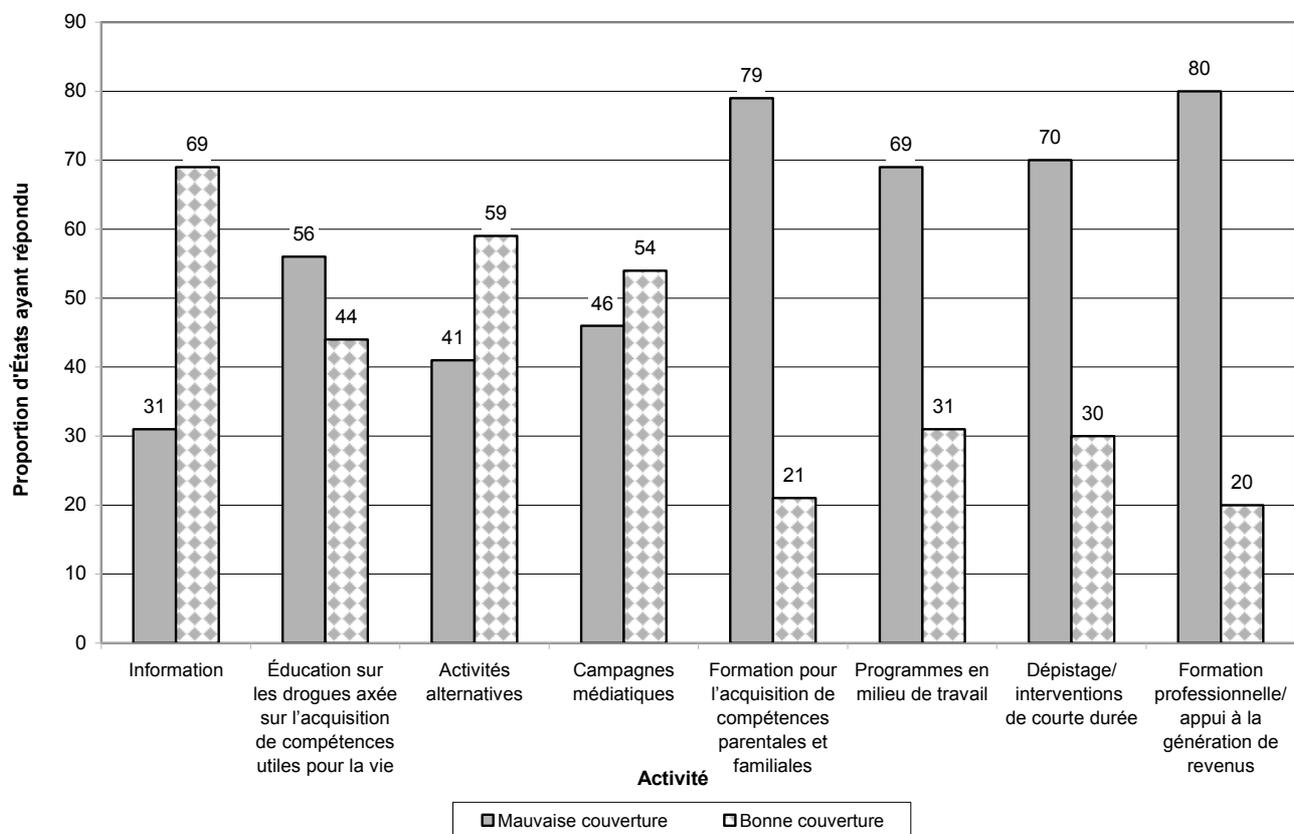
11. Pour terminer, en ce qui concerne le dépistage/interventions de courte durée, il faut noter que beaucoup plus d'États Membres ont signalé qu'ils fournissaient ces services dans le contexte du traitement et de la prise en charge de la toxicomanie. Néanmoins, le dépistage et les interventions de courte durée ont également été mis en œuvre avec succès à l'école, sur le lieu de travail et dans le cadre des soins de santé primaires, et se sont avérés efficaces pour réduire l'usage illicite de drogues chez les individus qui n'étaient pas encore dépendants et/ou qui n'avaient pas été en contact avec un service de traitement et de prise en charge de la toxicomanie.

12. Il faut noter cependant que les États Membres ont indiqué avoir plus fréquemment mis en œuvre des interventions ciblant la population générale que les groupes à risque. Plus de 70 % des États Membres ont indiqué avoir mis en œuvre six des huit activités du questionnaire pour la population générale. Trois activités seulement étaient destinées aux groupes à risque. C'est un motif de préoccupation, dans la mesure où les activités de prévention conçues et prévues pour les groupes particulièrement vulnérables sont en général plus efficaces que celles destinées à la population générale, bien qu'il soit judicieux d'inclure les deux dans un système de prévention exhaustif.

13. Par ailleurs, pour ce qui est de la couverture de ces activités de prévention, la situation n'est pas aussi encourageante. Dans la figure III, le pourcentage d'États Membres ayant indiqué que les groupes ciblés n'avaient été que partiellement ou pas du tout couverts sont regroupés sous l'entrée de légende "mauvaise couverture". À l'inverse, les États Membres ayant indiqué que la majorité ou la totalité des groupes ciblés avaient été couverts sont regroupés sous l'entrée de légende "bonne couverture". Manifestement, d'après la majorité des États Membres (plus de 55 % dans tous les cas), à l'exception de l'information sur le danger que représentent les drogues, de l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie et des campagnes médiatiques, les autres activités de prévention ont une mauvaise couverture. Selon eux, ce sont les programmes sur le lieu de travail et le dépistage/interventions de courte durée qui obtiennent les plus mauvaises couvertures. Même pour l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie et les campagnes médiatiques, un pourcentage important d'États Membres (41 % et 46 % respectivement) a indiqué que ces activités avaient une mauvaise couverture.

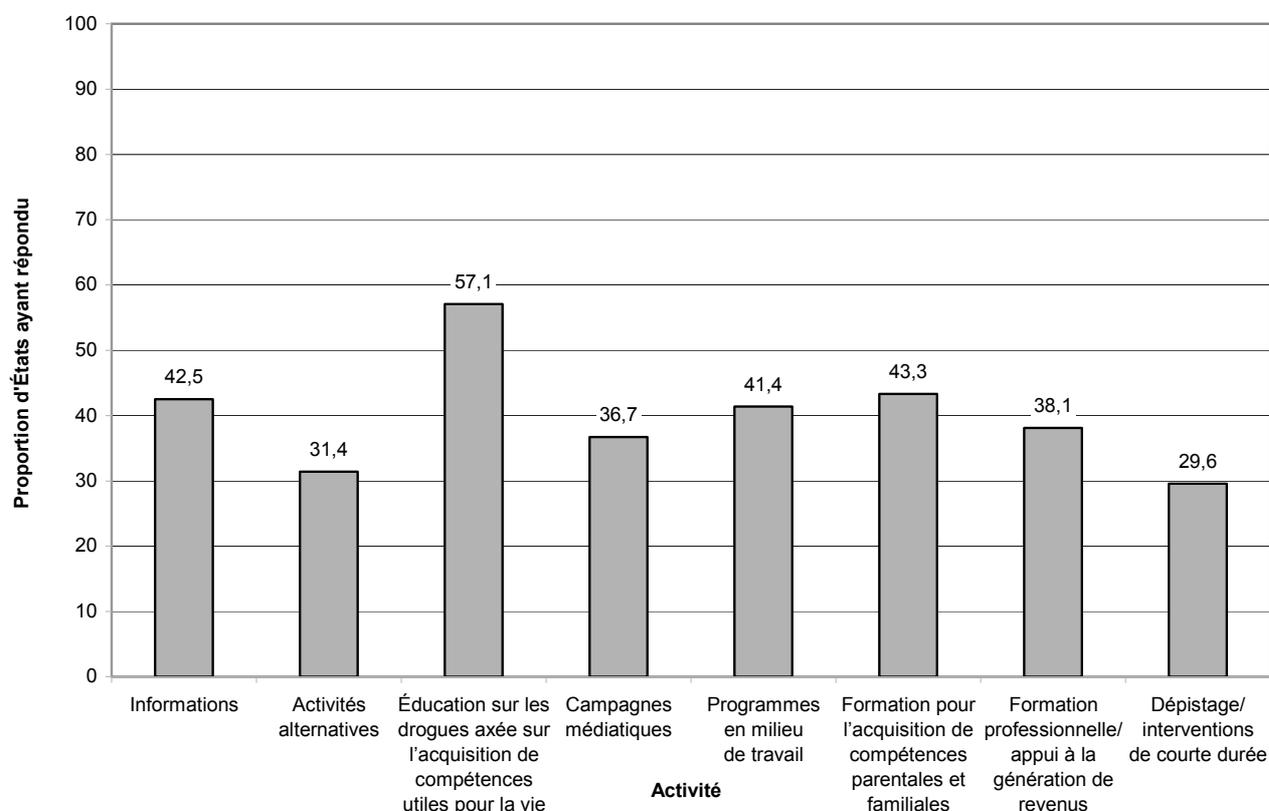
14. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, l'efficacité de l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie est bien réelle, tandis que celle des campagnes médiatiques est plus ambiguë. À cet égard, le fait qu'un pourcentage relativement élevé d'États Membres ait signalé une bonne couverture de l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles pour la vie est un réel progrès. Outre les inquiétudes formulées plus haut à propos de la qualité et du contenu de l'intervention, il convient d'ajouter qu'une bonne couverture de l'éducation sur les drogues axée sur l'acquisition de compétences utiles ne se traduit pas nécessairement par une bonne couverture des enfants et des jeunes en général dans les États Membres où le taux de scolarisation est faible et où les groupes à risques sont plus souvent déscolarisés.

Figure III
Toutes les régions: couverture des diverses activités de prévention
 (Pourcentage)



15. La figure IV montre le pourcentage d'États Membres ayant indiqué avoir évalué les diverses activités de prévention. La plupart du temps (40 % ou plus des cas), les actions mises en œuvre n'avaient pas fait l'objet d'une évaluation, ce qui révèle un autre aspect préoccupant sur les activités de prévention dans le monde.

Figure IV
Toutes les régions: évaluation de plusieurs activités de prévention
 (Pourcentage)



16. Enfin, la quasi-totalité des États Membres ont indiqué qu'ils faisaient la promotion de programmes de prévention pour la population générale en coordination avec les gouvernements locaux et la société civile. Ils le faisaient aussi bien pour la population générale (96 %) que les groupes à risque (89 %), avec des écarts minimes entre les continents. En ce qui concerne les activités visant à prévenir le recours aux enfants et aux jeunes pour la production et le trafic illicites de drogues, la situation est plus contrastée. En général, moins d'États Membres ont indiqué qu'ils faisaient la promotion de ces programmes, à la fois pour la population générale (53,6 %) et les groupes à risque (61,1 %).

IV. Traitement et prise en charge de la toxicomanie

17. Sur le plan du traitement, le questionnaire demandait aux États Membres de fournir certaines caractéristiques de base sur leur système, par exemple si le traitement s'effectue plutôt en établissement ou en externe, s'il y a un système de traitement forcé ou obligatoire, ou s'il existe des alternatives aux sanctions pénales. Dans la partie principale du questionnaire, les États Membres devaient indiquer s'ils fournissaient plusieurs types de traitements et de services de prise en charge de la

toxicomanie en milieu communautaire et carcéral, et évaluer le niveau de couverture de chacun. Enfin, les États Membres étaient invités à fournir des indicateurs de base sur la qualité des services de traitement fournis, comme l'existence de normes de traitement.

18. Davantage de pays ont indiqué qu'ils proposaient des services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie plutôt que des actions de prévention en milieu communautaire. Comme les figures V et VI le montrent, 70 % des États Membres ont indiqué qu'ils fournissaient la totalité des 19 services répertoriés dans le questionnaire. Par conséquent, en termes de disponibilité et de variété des services de traitement et de prise en charge, la situation est encore plus encourageante que celle des activités de prévention. Pour la rédaction de ce rapport, on a séparé les services consacrés au traitement et à la prise en charge de la toxicomanie des services consacrés à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH et des autres maladies infectieuses. Un continuum de soins axés sur le rétablissement comprendrait la totalité des services inclus dans ce questionnaire.

19. D'après les réponses reçues, les traitements pharmacologiques de longue durée sont relativement moins disponibles (moins de 80 %), de même qu'un traitement psychosocial particulier, la gestion des urgences. Bien que les chiffres sur les traitements pharmacologiques de longue durée puissent sembler inquiétants, ils doivent être replacés dans leur contexte: a) à savoir l'absence, actuellement, de médicaments clairement reconnus pour le traitement de la dépendance aux stimulants; b) l'absence de nécessité de fournir un traitement pharmacologique étant donné que la dépendance aux opioïdes n'est pas un problème national prévalent ou c) l'absence de législation appropriée dans l'État Membre pour que les substances pharmacologiques de longue durée soient disponibles; ou d) une combinaison des facteurs ci-dessus.

Figure V
Toutes les régions: fourniture de divers services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie en milieu communautaire
 (Pourcentage)

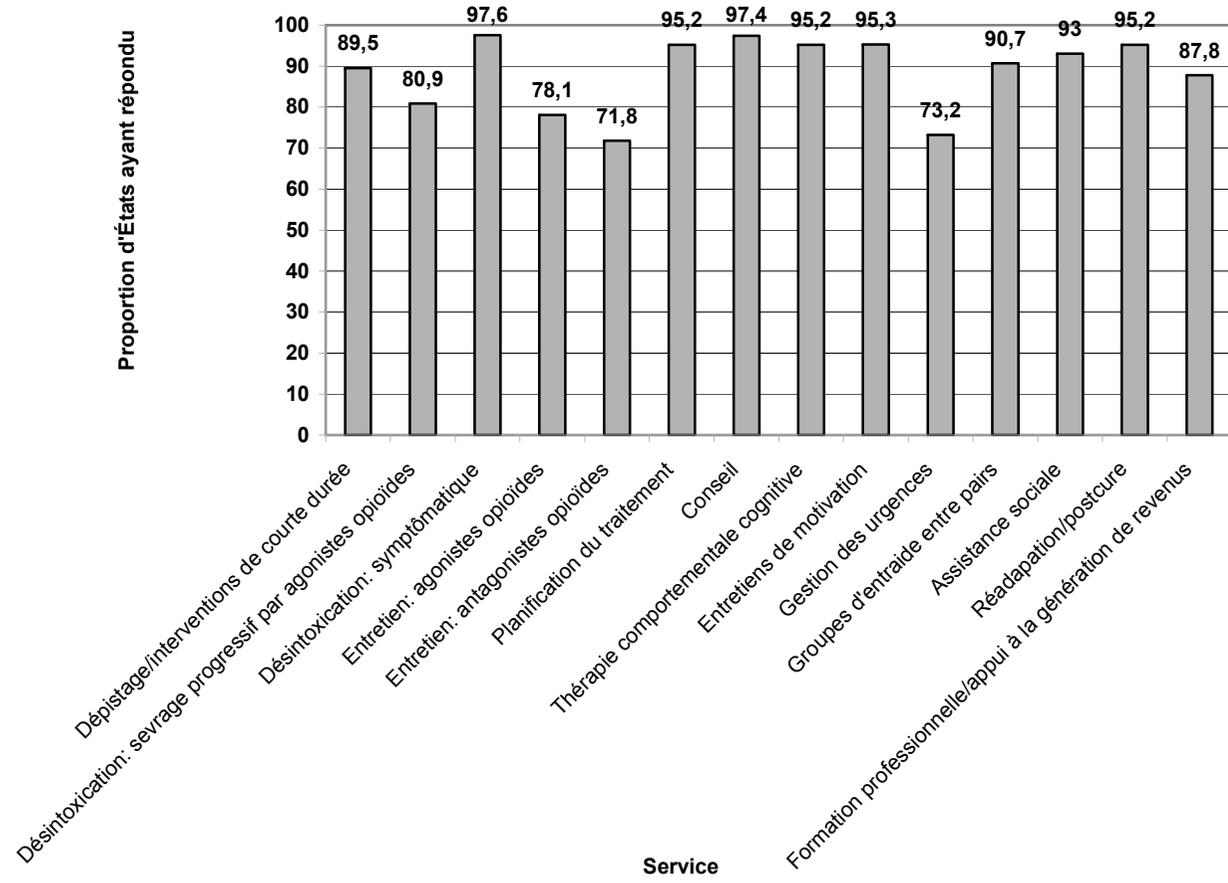
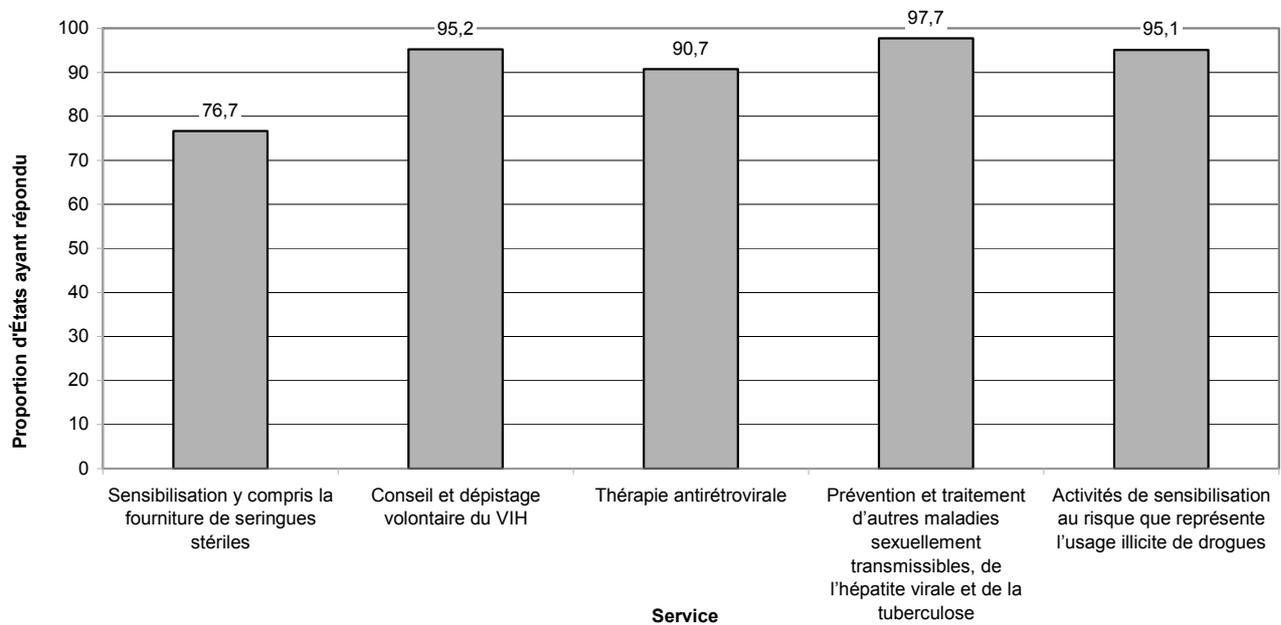


Figure VI
Toutes les régions: fourniture de divers services pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et des autres maladies infectieuses chez les toxicomanes en milieu communautaire
 (Pourcentage)



20. Les figures VII et VIII présentent les chiffres communiqués pour la fourniture de services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral. Il est évident que le niveau des services fournis en milieu carcéral n'est pas le même qu'en milieu communautaire. Le pourcentage d'États Membres ayant fourni ces services en milieu carcéral est plus faible (70 % ou plus des États Membres ont fourni seulement 13 des 19 services) et moins uniforme que le pourcentage d'États Membres ayant fourni ces services en milieu communautaire (avec une prévalence de la disponibilité allant de 33 à 95 %). On observe les mêmes faiblesses pour les services comprenant un volet pharmacologique et pour les programmes de sensibilisation s'adressant aux toxicomanes, notamment la fourniture de seringues stériles qui n'a toujours pas été mise en œuvre ou qui n'est pas acceptée dans de nombreuses prisons.

Figure VII
Toutes les régions: fourniture de divers services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral
 (Pourcentage)

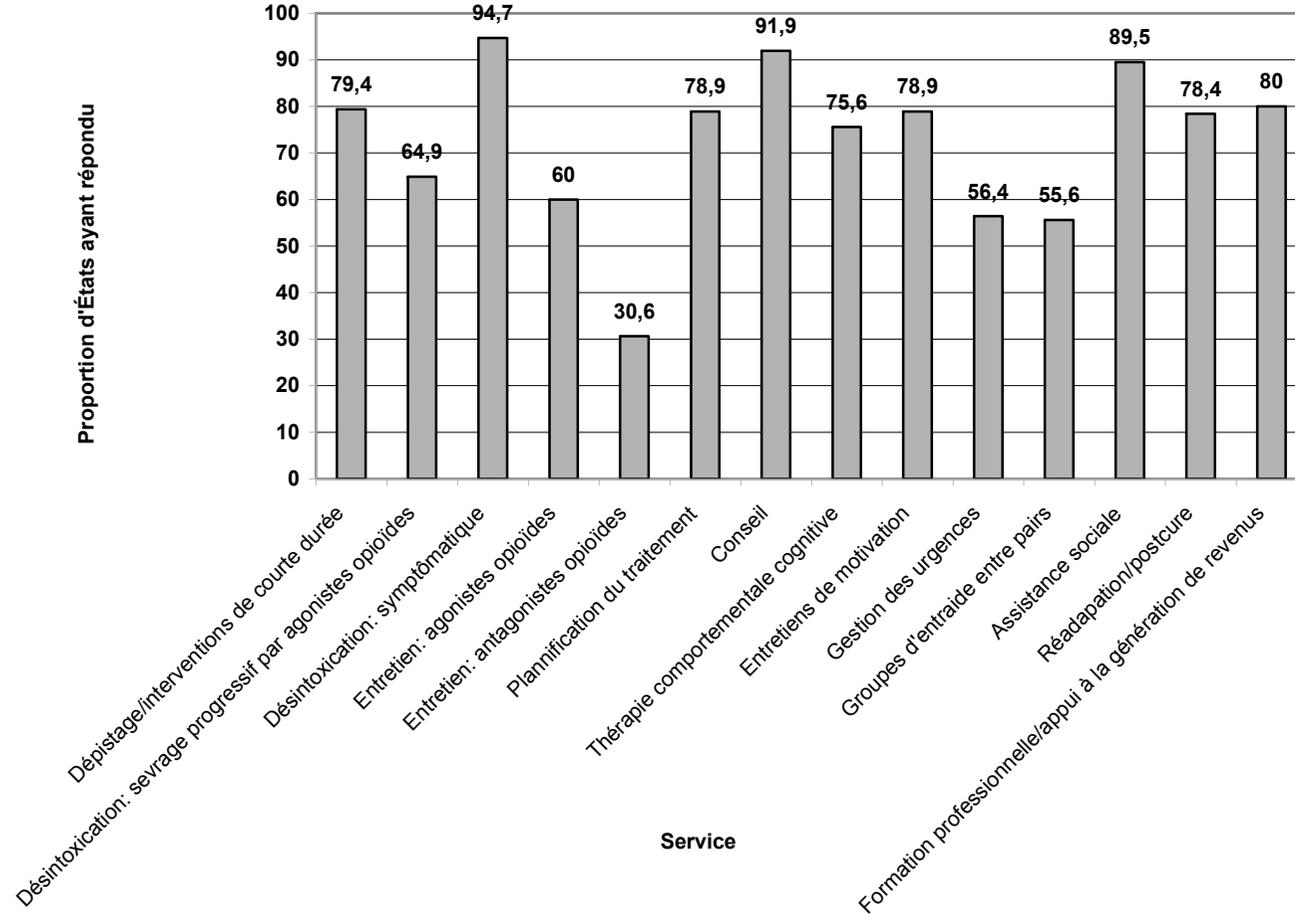
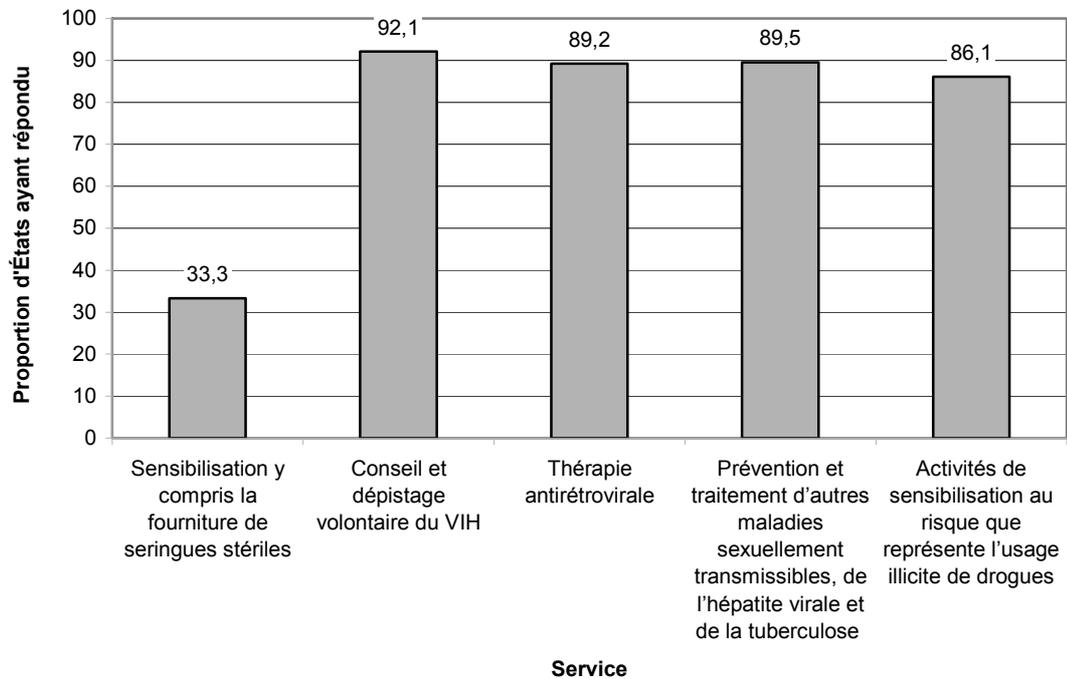


Figure VIII
Toutes les régions: fourniture de divers services pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et des autres maladies infectieuses chez les toxicomanes en milieu carcéral
 (Pourcentage)



21. La situation se complique davantage lorsqu'on examine la couverture des services. Les figures IX et X montrent le pourcentage d'États Membres signalant une couverture faible, moyenne et élevée de leurs services respectifs en milieu communautaire. Il est frappant de constater que, d'après les répondants, la plupart des services ont une couverture faible à moyenne et que seulement la moitié ont une couverture élevée dans près de la moitié des 50 États Membres qui ont répondu au questionnaire. Entre un quart et la moitié des États Membres ont indiqué que leurs services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie avaient une couverture élevée. C'est un signe très encourageant. Par exemple, 48 % des États Membres disent fournir un traitement d'entretien à base d'agonistes opioïdes et obtenir une couverture élevée. Il s'agit d'un progrès récent. Cependant, il ne faut pas oublier que malgré ces indicateurs positifs, entre 50 et 75 % des États Membres sont incapables de fournir des services spécifiques avec une couverture élevée, ce qui laisse présager qu'il faudra encore beaucoup de temps d'ici à ce qu'on obtienne l'accès universel au traitement et à la prise en charge de la toxicomanie.

Figure IX
Toutes les régions: niveau de couverture de divers services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie en milieu communautaire
 (Pourcentage)

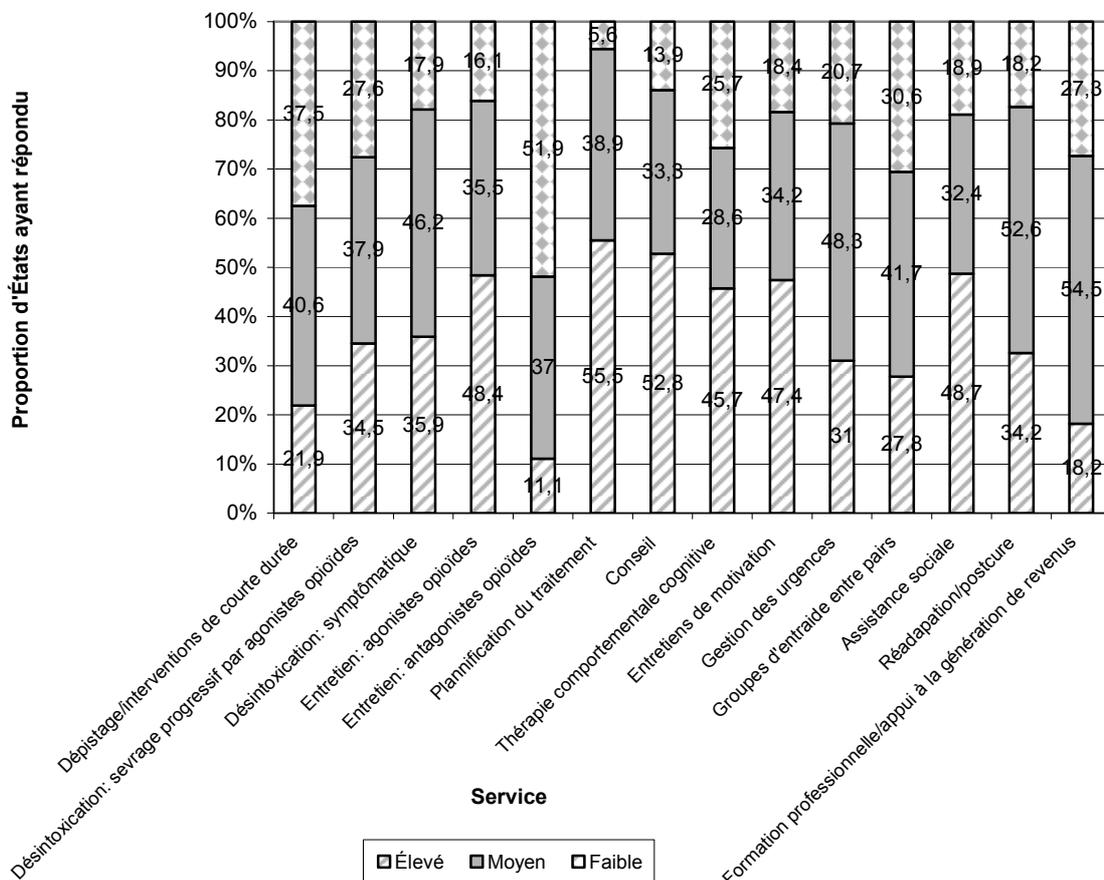
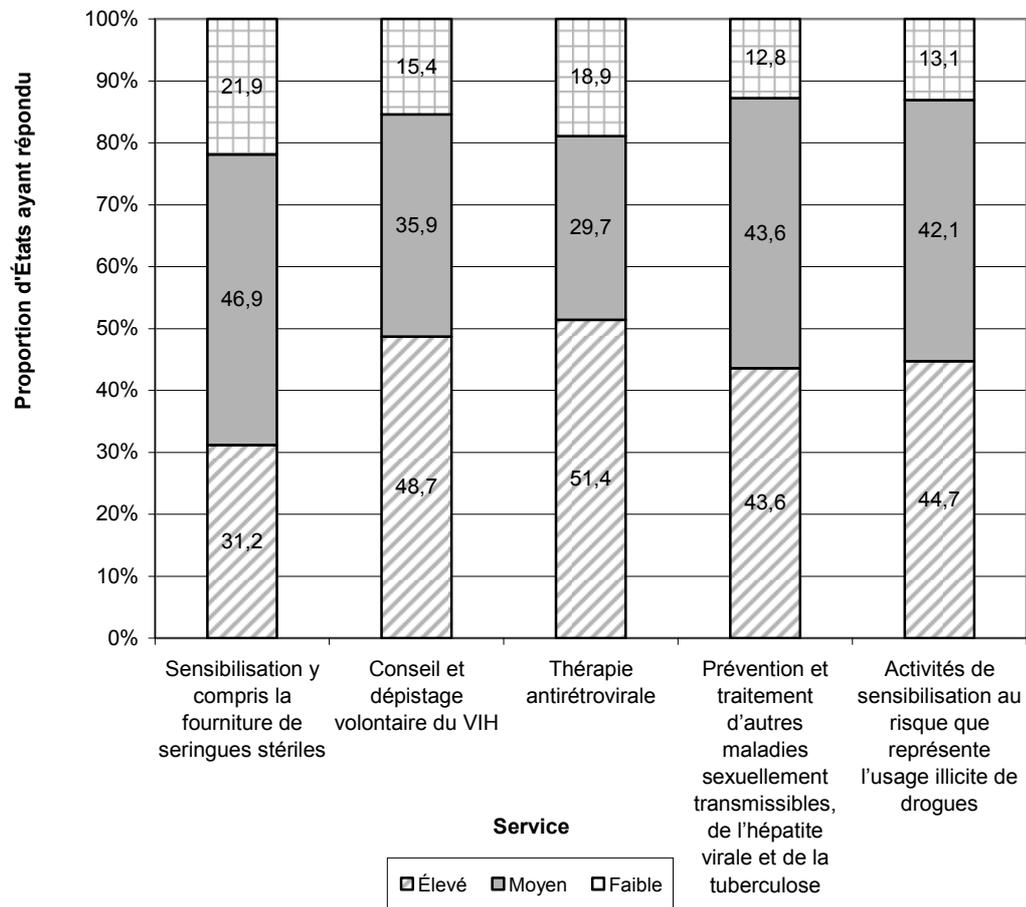


Figure X
Toutes les régions: niveau de couverture de divers services pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et d'autres maladies infectieuses en milieu communautaire
 (Pourcentage)



22. En outre, près d'un État Membre sur cinq a indiqué, qu'en milieu carcéral (figures XI et XII ci-dessous), la plupart de ses services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie obtenaient une faible couverture, et seulement 20 à 40 % de répondants ont indiqué obtenir une couverture élevée des différents services. Ce constat est particulièrement préoccupant dans la mesure où la population carcérale est davantage susceptible d'être en mauvaise santé, à la fois sur le plan physique et psychologique, et d'être touchée par la toxicomanie, le VIH/sida et la tuberculose.

Figure XI
Toutes les régions: niveau de couverture de divers services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral
 (Pourcentage)

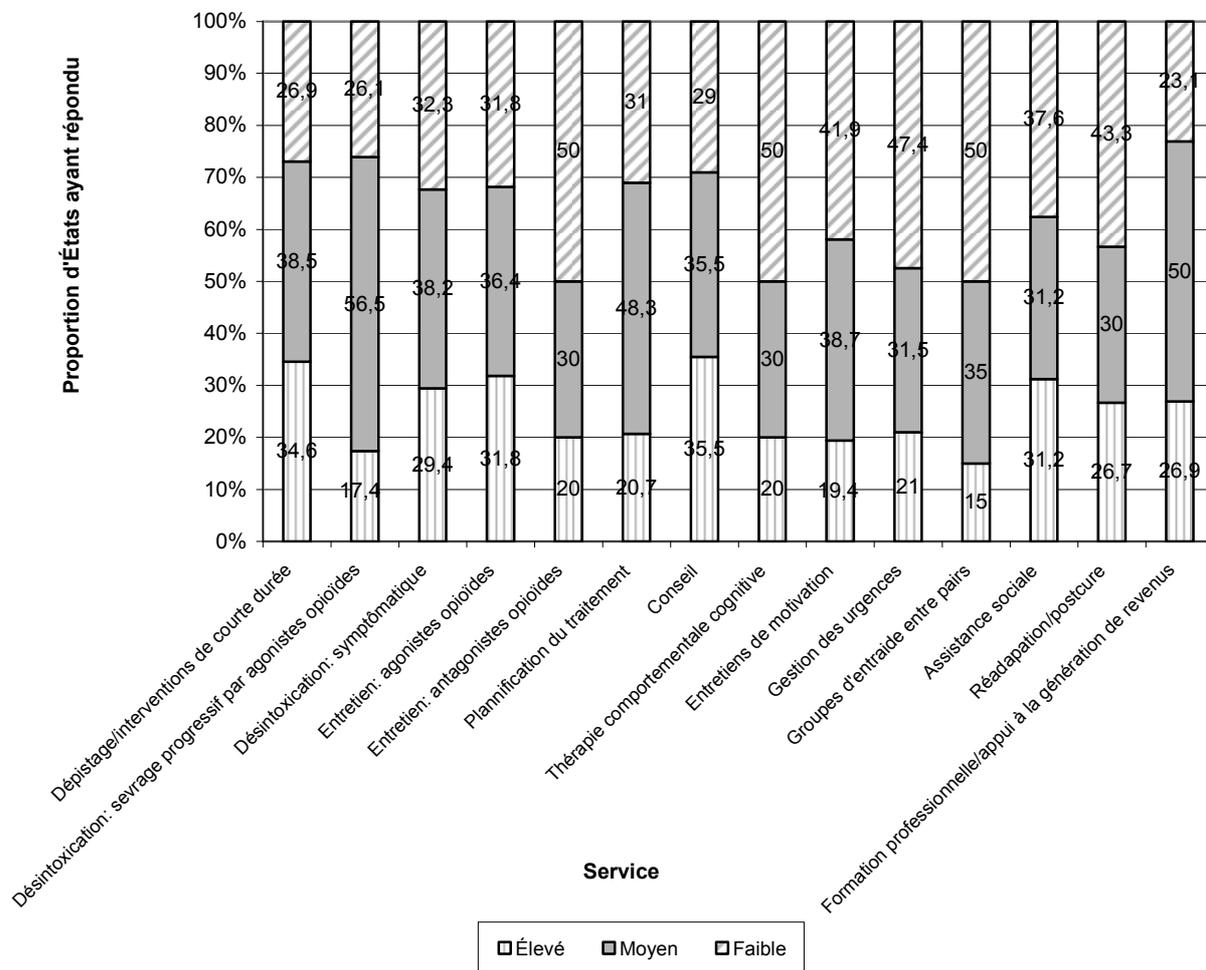
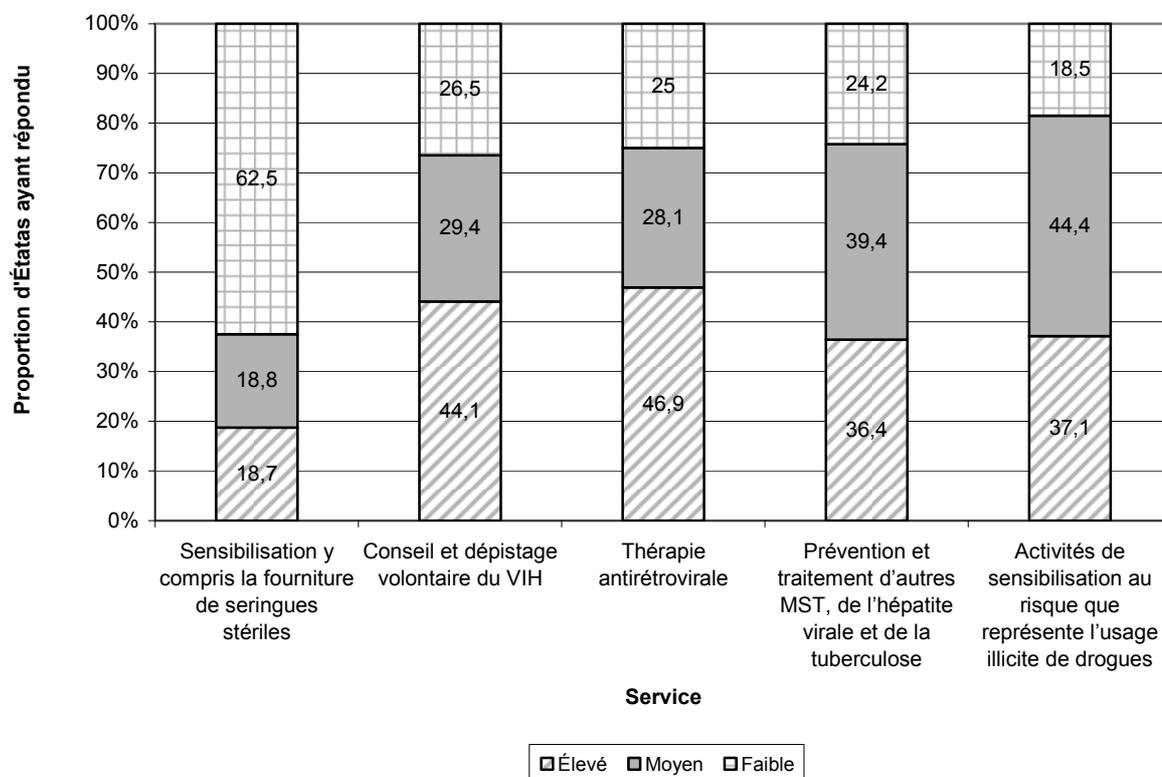


Figure XII
Toutes les régions: niveau de couverture de divers services pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH et d'autres maladies infectieuses en milieu carcéral
 (Pourcentage)



23. En ce qui concerne les caractéristiques de base des services fournis, la qualité des données recueillies par le biais du questionnaire n'est pas aussi satisfaisante que pour les questions ci-dessus. Par exemple, 29 % des États Membres qui ont répondu au questionnaire ont déclaré qu'ils n'avaient aucune estimation sur le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement. Même si une estimation à l'échelle internationale ou continentale ne serait pas significative sur le plan statistique, compte tenu du taux de réponse relativement faible dans l'ensemble, on peut se demander avec préoccupation sur quelles données la plupart des pays du monde se basent pour prévoir la fourniture des services de traitement. Pour planifier les programmes de prévention et de traitement, les décideurs ont besoin d'un système d'information leur fournissant des données adéquates.

24. Près de 95 % des États Membres ont indiqué, qu'en milieu communautaire, les services étaient fournis à la fois dans des établissements et en externe, et 50 % des pays ont indiqué que plus de 70 % de leurs services de traitement étaient assurés par le biais de programmes d'accueil en établissement. Généralement, lorsqu'un pays fournit une majorité de ses services en externe, cela signifie que son système de santé est parvenu à maturité. De tels chiffres sont donc préoccupants. En fait, cela signifie qu'au moins la moitié des États Membres fournissent des services de

traitement de la toxicomanie dans le cadre le plus coûteux et le moins efficace. Par ailleurs, il faut noter qu'un traitement en établissement qui n'est pas secondé par de solides programmes de sensibilisation et de services de soins externes n'est généralement pas aussi efficace qu'il pourrait l'être, dans la mesure où les toxicomanes ont du mal à y accéder.

25. Plus de la moitié des États Membres qui ont répondu ont indiqué qu'ils possédaient un système de traitement forcé ou obligatoire, tandis que la vaste majorité (82,2 %) a signalé fournir un traitement contre la toxicomanie comme alternative à l'incarcération. Il s'agit là d'un signe encourageant, car le fait de proposer un traitement contre la toxicomanie comme alternative à des sanctions pénales s'est avéré efficace pour réduire la consommation de drogues et les taux de dépendance, et diminuer leur impact sanitaire et social, notamment la criminalité². Les chiffres sur le traitement forcé et obligatoire sont plus inquiétants, car, conformément aux normes éthiques et médicales, le traitement ne doit être administré qu'avec le consentement du patient. Cependant, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, car de nombreux États Membres qui proposent un traitement comme alternative aux sanctions pénales ont peut-être considéré ce type de système comme un traitement forcé ou obligatoire. Ce ne devrait pas être le cas si le patient a véritablement le choix entre le traitement et les sanctions pénales. Cependant, sur la base des informations fournies, il est impossible à ce stade de proposer une analyse pertinente de ces chiffres.

26. Enfin, les autres indicateurs de base sur la qualité des services de traitement donnent une image plus encourageante. Plus de 75 % des États Membres qui ont répondu au questionnaire ont signalé avoir mis par écrit et approuvé des normes, des lignes directrices, des réglementations et des procédures relatives à l'octroi de licences.

V. Travaux entrepris par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime en vue de promouvoir des mesures visant à protéger les enfants et les jeunes de l'usage illicite de drogues

27. L'UNODC aide les États Membres à adapter, dans les écoles, les familles et sur le lieu de travail, des programmes de prévention s'appuyant sur des données concrètes, ainsi que des services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie³ éthiques et fondés sur des données d'observation. En 2010,

² "From Coercion to Cohesion: treating drug dependence through health not punishment".

³ Pour la prévention de l'usage de drogues, veuillez consulter les ressources et la documentation sur le <http://www.unodc.org/unodc/fr/prevention/index.html>, notamment les documents suivants: "Écoles – Éducation en milieu scolaire pour la prévention de l'abus de drogues", (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.04.XI.21); "Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogues", (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.09.XI.8), complété par le document intitulé "Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes", (2010); et "Workplace Prevention", (à venir). Pour le traitement et la prise en charge de la toxicomanie, veuillez consulter les documents de formation et la documentation du Réseau international des centres ressources en matière de traitement et de réadaptation des toxicomanes (Treatnet) et du programme conjoint

notamment, l'UNODC a formé près de 200 personnes non diplômées afin qu'elles puissent proposer des sessions de formation pour l'acquisition de compétences familiales aux parents et enfants de six pays dans trois régions. La plupart d'entre-elles ont déjà commencé à travailler directement avec les parents, qui témoignent des changements positifs que ce travail a entraîné au sein de leurs familles et chez leurs enfants. Le programme concerne actuellement 500 familles et devrait élargir ses travaux dans six pays supplémentaires en 2011. Cependant, il est clair que sans ressources additionnelles, sa portée bénéfique restera très limitée.

28. Le Réseau international des centres ressources en matière de traitement et de réadaptation des toxicomanes (Treatnet) de l'UNODC est arrivé à maturité en 2010, formant 4 000 personnes pour fournir aux toxicomanes des services éthiques, des services s'appuyant sur des données probantes et des services à faible seuil. Ces travaux révolutionnaires sont actuellement mis en œuvre dans 20 pays répartis dans cinq régions et, en parallèle, des travaux visant à élargir et améliorer la portée des services eux-mêmes sont en cours afin d'atteindre l'objectif minimal de 20 000 bénéficiaires dans le monde.

29. Par ailleurs, l'UNODC lance des initiatives novatrices pour les enfants exposés à la consommation de drogues à un âge très précoce, la consommation non médicale de médicaments d'ordonnance et l'accès aux analgésiques antidouleur placés sous contrôle.

30. Les troubles dus à la consommation de substances sont plus problématiques lorsque le sujet commence à un jeune âge, car le cerveau en cours de développement est beaucoup plus fragile. Dans la plupart des cas, chez les enfants et les adolescents, la décision de tester des substances psychotropes relève d'un ensemble de facteurs génétiques et environnementaux qui contribuent à la vulnérabilité psychologique et à une moindre résilience. L'UNODC encourage les organismes publics et les organisations non gouvernementales à coordonner leurs efforts au niveau mondial pour aider les enfants et les adolescents à risque et/ou victimes de la consommation de drogues, de la toxicomanie et de leurs conséquences sanitaires et sociales. Cette réponse visera à réduire les risques de contracter des troubles occasionnés par la consommation de drogues et à mettre au point et fournir un traitement adéquat et des stratégies d'intégration sociale conçues pour répondre aux besoins spécifiques de cette tranche d'âge.

VI. Conclusions

31. Même s'il est difficile de tirer des conclusions précises, car peu d'États Membres ont répondu au questionnaire, il est néanmoins possible de faire un bilan général prudent à partir des données présentées ci-dessus.

32. Il reste encore beaucoup à faire pour protéger les enfants et les jeunes de l'usage de drogues. Il est notamment essentiel de fournir un ensemble complet d'activités de prévention, avec une bonne couverture, ciblant à la fois la population générale et les groupes particulièrement à risque. Comme les données ci-dessus le démontrent, globalement, les États Membres sont moins nombreux à mener des

sur le traitement et la prise en charge de la toxicomanie de l'UNODC et de l'Organisation mondiale de la Santé à l'adresse <http://www.unodc.org/treatment/en/index.html>.

activités de prévention qu'à proposer des services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie, notamment chez les groupes particulièrement vulnérables.

33. De façon générale, sur le plan de la prévention et du traitement, la disponibilité de divers services est moins préoccupante que la couverture réelle des interventions. La plupart des États Membres disent proposer un ensemble d'activités de prévention et de services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie, même s'ils interviennent moins dans le domaine de la prévention que dans celui du traitement. La situation s'assombrit lorsqu'on examine la couverture des interventions, notamment celle des actions de prévention visant les groupes à haut risque et celle des services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral.

34. Il est clair qu'il reste encore beaucoup à faire pour garantir à ceux qui en ont besoin un accès universel à des interventions et services éthiques qui ont fait leurs preuves.

35. En première analyse et sur un plan plus général, il faudrait lancer un débat et un examen approfondi sur l'efficacité et la rentabilité relatives des différentes interventions pour savoir si les ressources limitées qui sont disponibles sont investies de manière optimale. Il y a des signes inquiétants à ce propos, tant sur le plan de la prévention que du traitement. L'efficacité des interventions axées sur la famille et des interventions de courte durée est étayée par un ensemble de preuves scientifiques beaucoup plus solides et ces interventions donnent des résultats plus positifs et durables que, par exemple, la diffusion d'informations ou les activités alternatives; pourtant, les États Membres sont beaucoup moins nombreux à les mettre en œuvre. La question du traitement en établissement par rapport au traitement en externe, décrite ci-dessus, est représentative de la situation actuelle en matière de traitement et de prise en charge de la toxicomanie.

36. Le fait que peu de programmes de prévention de l'usage de drogues soient évalués et l'absence d'estimations sur le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement révèlent une deuxième lacune générale qui doit être comblée. Il s'agit de mettre en place un système adéquat de collecte de données, capable de fournir des informations permettant de planifier les programmes de prévention et de traitement, et d'évaluer leur mise en œuvre et leur efficacité.

37. Les signes inquiétants en termes de couverture, tant sur le plan du traitement que de la prévention, démontrent qu'il est nécessaire d'identifier, parmi les diverses interventions s'appuyant sur des données factuelles, un petit ensemble d'actions à faible coût dont l'efficacité a été prouvée. Ces dernières devraient également pouvoir être mises en œuvre par des équipes non professionnelles. Cela ne veut pas dire qu'il faut investir moins de ressources dans la formation, au contraire: l'offre d'une formation et d'un soutien adaptés aux équipes professionnelles et non professionnelles est essentielle pour élargir la couverture tout en préservant la qualité des services et, par là même, leur efficacité et leur rentabilité. Par ailleurs, les actions de prévention et les services de traitement et prise en charge de la toxicomanie doivent être intégrés dans la prestation normale des services de santé et d'éducation de chaque pays, et toute la population doit y avoir accès, y compris les personnes incarcérées.

38. Enfin, bien qu'il existe de solides preuves scientifiques démontrant l'efficacité de plusieurs actions de prévention et services de traitement et de prise en charge de

la toxicomanie, les lacunes sont nombreuses, notamment sur le plan des actions de prévention ciblant les facteurs de risque individuels à un âge précoce et sur celui du traitement pharmacologique de la dépendance aux stimulants. Les États Membres devraient investir massivement dans la recherche scientifique afin d'élucider les mécanismes à l'œuvre dans la toxicomanie, gérer les facteurs de risque et les facteurs protecteurs, et savoir comment traiter et prendre en charge la dépendance à toutes les substances. Dans ce contexte, il faut des initiatives permettant de surmonter les barrières linguistiques et économiques qui empêchent l'échange d'informations entre les milieux scientifiques.

VII. Recommandations

39. La discussion et les conclusions ci-dessus amènent à la formulation des recommandations suivantes, qui sont soumises pour examen à la Commission des stupéfiants:

a) Les États Membres devraient continuer de s'employer à diversifier leurs interventions et surtout à en améliorer la couverture selon une approche éthique et dont l'efficacité est prouvée scientifiquement, tant dans le domaine de la prévention de l'usage de drogues que dans celui du traitement et de la prise en charge de la toxicomanie, en ciblant la population générale, mais aussi les groupes particulièrement à risque, y compris en milieu carcéral;

b) La Commission souhaitera peut-être renforcer le mandat de l'UNODC et le soutien qui lui est apporté afin qu'il puisse aider les États Membres dans cette tâche, en recueillant et en diffusant les preuves scientifiques démontrant l'efficacité des diverses interventions, ainsi qu'en fournissant une assistance technique à ceux qui en font la demande, notamment sur les points suivants:

i) Les défis émergents, comme le problème des enfants exposés aux drogues à un âge très précoce et l'usage non médical de médicaments soumis à ordonnance, ainsi que l'accès aux antalgiques placés sous contrôle;

ii) Un ensemble d'interventions essentielles, à faible coût et dont l'efficacité a été prouvée, qui peuvent être mises en œuvre avec un maximum de rentabilité là où les ressources sont limitées, tant dans le domaine de la prévention que dans celui du traitement et de la prise en charge de la toxicomanie.