



Conseil économique  
et social

Distr. GÉNÉRALE

E/CN.7/1997/3  
17 février 1997

FRANÇAIS  
Original : ANGLAIS

---

COMMISSION DES STUPÉFIANTS  
Quarantième session  
Vienne, 18-27 mars 1997  
Point 5 de l'ordre du jour provisoire\*

## DEMANDE ILLICITE DE DROGUES

### Situation mondiale en matière d'abus des drogues

#### *Rapport du Secrétariat*

##### *Résumé*

Le présent rapport a pour objet de décrire la situation mondiale en matière d'abus des drogues et les activités de réduction de la demande que les gouvernements ont menées pour atteindre les buts fixés dans le schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues. Il repose essentiellement sur les informations fournies par les gouvernements dans les questionnaires utilisés pour les rapports annuels.

Ces questionnaires sont actuellement examinés par le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. En règle générale, l'abus d'amphétamines, de cannabis et d'opiacés semble progresser, tandis que l'abus de cocaïne et d'hallucinogènes est stable, mais important. Le cannabis est la drogue qui est le plus souvent signalée, toutes les régions du monde faisant état de l'abus de cette substance. Il semble aussi que ce soit la drogue la plus répandue dans la population générale. La plupart des pays faisant état d'abus d'opiacés ont également signalé une tendance constante à la hausse. Plusieurs pays ont fait état d'une augmentation de l'abus des drogues chez les jeunes. De surcroît, certains éléments tendent à prouver que l'abus des drogues commence à un âge plus précoce qu'auparavant.

Si l'on en juge par les déclarations faites par les gouvernements en matière de réduction de la demande, les activités scolaires sont la forme la plus répandue de prévention dans le monde. Bien qu'il soit admis que le vagabondage et l'échec scolaire des enfants représentent le principal risque d'abus des drogues, il n'a été signalé que quelques activités s'adressant spécifiquement à ces groupes.

La plupart des pays répondant au questionnaire utilisé pour les rapports annuels ont déclaré qu'ils n'avaient pas de politique de traitement clairement définie. Le traitement s'effectue dans différents contextes. Outre la désintoxication médicale, certains pays proposent des modèles de médecine traditionnelle et un traitement par l'acupuncture. En règle générale, la réintégration sociale semble être l'aspect le plus négligé de la réduction de la demande.

---

\*E/CN.7/1997/1.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
INTRODUCTION .....	1	4
I. ÉTENDUE ET STRUCTURE DE L'ABUS DES DROGUES DANS LE MONDE .....	2 - 25	4
A. Prévalence de l'abus des drogues par type de drogue .....	2 - 17	4
B. Abus des drogues par injection .....	18 - 25	7
II. CARACTÉRISTIQUES ET TENDANCES NAISSANTES PAR RÉGION ....	26 - 55	12
A. Afrique .....	28 - 34	12
B. Amériques .....	35 - 40	14
C. Asie .....	41 - 45	15
D. Europe .....	46 - 48	16
E. Proche et Moyen-Orient .....	49 - 51	17
F. Océanie .....	52 - 55	18
III. LES JEUNES ET L'ABUS DES DROGUES .....	56 - 64	19
IV. RÉPONSE À L'ABUS DES DROGUES .....	65 - 93	20
A. Réponses générales : stratégies .....	65 - 68	20
B. Collecte des données .....	69 - 75	21
C. Réponses au niveau de la prévention .....	76 - 83	22
D. Réponses au niveau du traitement, de la réadaptation et de la réintégration sociale .....	84 - 93	23
V. PROBLÈMES DE COLLECTES DES DONNÉES SUR L'ABUS DES DROGUES .....	94 - 106	26
VI. QUESTIONS À EXAMINER PAR LA COMMISSION DES STUPÉFIANTS .	107 - 109	28

*Cartes*

1. Répartition géographique des pays et territoires ayant fait rapport au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues en 1995 .....	5
2. Abus du cannabis pour 100 habitants, 1992-1995 .....	6
3. Pays et territoires ayant signalé l'abus des drogues par injection et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les toxicomanes par injection .....	10

*Figures*

I. Tendances du mode d'administration de l'héroïne, 1992-1995 .....	11
II. Afrique : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995 .....	13
III. Amériques : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995 .....	14
IV. Asie : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995 .....	15
V. Europe : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995 .....	16
VI. Proche et Moyen-Orient : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995 .....	17
VII. Océanie : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995 .....	18

TABLE DES MATIÈRES (*suite*)

	<i>Page</i>
VIII. Tendances de l'abus de solvants volatils (inhalants) par région, 1992-1995 .....	20
IX. Programmes de traitement existants .....	24
X. Programmes de réintégration sociale existants .....	25
 <i>Tableau</i> : Estimations de la prévalence de l'abus des drogues, par type de drogue et par pays ou territoire, 1992-1995 .....	 8

## INTRODUCTION

1. Tout État partie aux traités relatifs au contrôle international des drogues est dans l'obligation de fournir des informations au Secrétaire général. Les États non parties à ces traités n'y sont nullement obligés, mais leur coopération est encouragée. Les questionnaires utilisés pour les rapports annuels sont la principale source d'information sur la situation en matière d'abus des drogues et sur les mesures prises par les différents pays. Les pays sont également invités à compléter ces questionnaires par des rapports d'enquêtes ou d'autres données de recherche. Le présent rapport repose essentiellement sur des données contenues dans les rapports annuels pour 1995 soumis par les gouvernements au Secrétariat de la Commission des stupéfiants au cours du second semestre de 1996, données complétées le cas échéant par d'autres chiffres officiels.

### I. ÉTENDUE ET STRUCTURE DE L'ABUS DES DROGUES DANS LE MONDE

#### A. Prévalence\* de l'abus des drogues par type de drogue

2. En 1995, bien que 90 des 192 pays qui avaient reçu le questionnaire aient fourni des informations sur la partie concernant la réduction de la demande, seuls 37 d'entre eux ont fourni une estimation du nombre de toxicomanes pour 1995. Pour la préparation du présent rapport, les chiffres de 1995 ont été complétés par des données de 1992, 1993 et 1994, l'hypothèse étant que les pays signalant l'abus d'une drogue particulière au cours de ces années auraient probablement, en 1995, une population analogue de toxicomanes, à moins qu'une modification ne soit signalée. Les taux de prévalence ont été calculés à partir des nombres de toxicomanes notifiés suivant la classification du questionnaire utilisé pour les rapports annuels\*\* et des chiffres de la population totale pour chaque année fournis par la Division des statistiques du Secrétariat<sup>1</sup>. La carte 1 indique la répartition géographique des pays et territoires ayant fourni un rapport annuel au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) en 1995.

3. On notera que les données ne sont pas directement comparables. Des pays différents rassemblent des données différentes, utilisant pour ce faire différents instruments de collecte et différentes hypothèses concernant la nature du problème. Certains pays estiment le nombre annuel de toxicomanes à partir des chiffres fournis par le système de traitement, d'autres fondent leurs estimations sur des enquêtes dont les résultats ont été extrapolés au reste de la population. Étant donné que les estimations reposent sur des bases très diverses et que les pays établissant des rapports sont inégalement répartis dans le monde, il n'est pas possible d'extrapoler au niveau mondial les chiffres notifiés par les différents pays.

4. L'abus des drogues est, par essence, une activité très privée et secrète. Le nombre de toxicomanes est donc probablement sous-estimé, et non le contraire. Qui plus est, il est permis de penser que le taux de prévalence élevé pour certaines drogues indique que la prévalence de ces drogues est en fait supérieure à celle de drogues pour lesquelles on signale des taux de prévalence inférieurs. On peut donc en conclure que bien qu'un plus grand nombre de pays ait signalé un abus d'opiacés, les taux de prévalence (les plus élevés sont compris entre 0,9 et 1,8 %) indiquent que l'abus d'opiacés est moins fréquent dans la population générale que, par exemple, l'abus de sédatifs pour lequel les taux de prévalence les plus élevés s'échelonnent de 5,5 à 25 %.

5. Les *drogues de type cannabis* renvoient à des produits dérivés du cannabis tels que le haschisch et la marihuana. La concentration de la substance active, le tétrahydrocannabinol (THC), varie considérablement

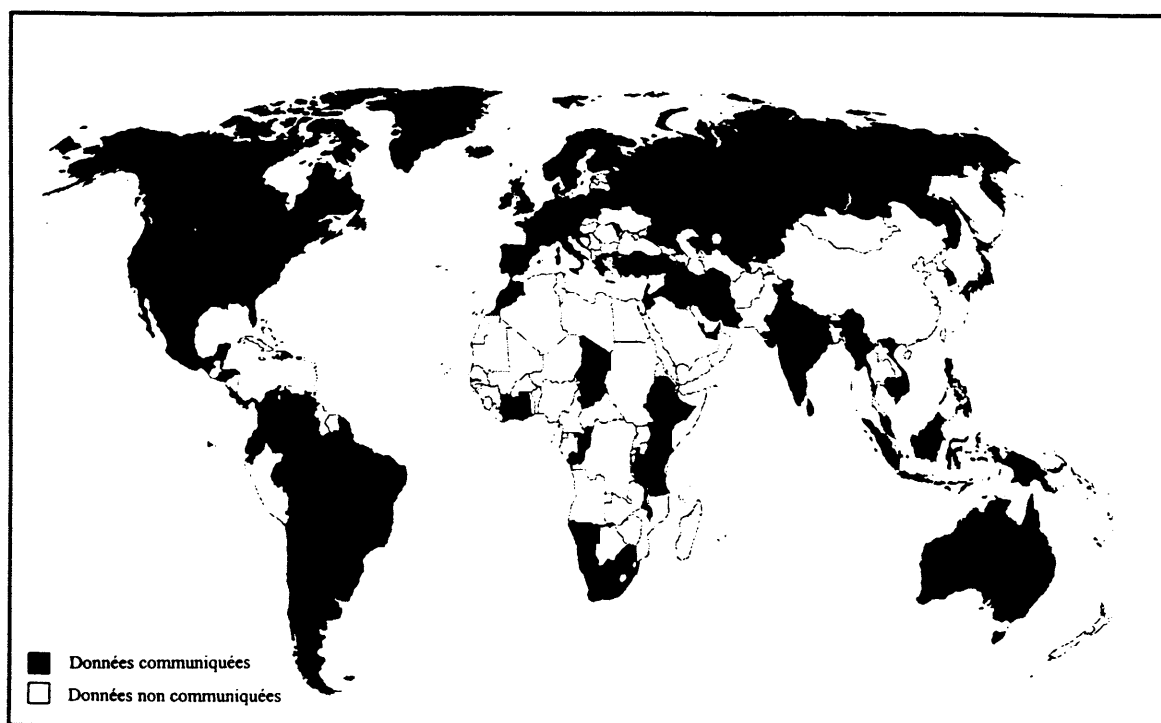
---

\*Le terme "prévalence" est utilisé ici pour indiquer le pourcentage de toxicomanes dans la population totale.

\*\*Dans le questionnaire utilisé pour les rapports annuels, les drogues sont classées comme suit : type opiacé (opium, héroïne, morphine, autres opiacés, stupéfiants analgésiques synthétiques); type cocaïne (cocaïne (base et sels), pâte de coca); type cannabis; hallucinogènes; type amphétamines (amphétamine, méthamphétamine, autres amphétamines); type sédatif (barbituriques, benzodiazépines, autres sédatifs); drogues multiples (si elles ne figurent pas dans les catégories ci-dessus); et solvants volatils (substances inhalantes).

en fonction de la partie de la plante utilisée et de son lieu de culture. Le haschisch correspond à la résine de cannabis, tandis que la marijuana correspond généralement aux parties séchées de la plante.

**Carte 1. Répartition géographique des pays et territoires ayant fait rapport au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues en 1995**



*Note :* Les frontières indiquées sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

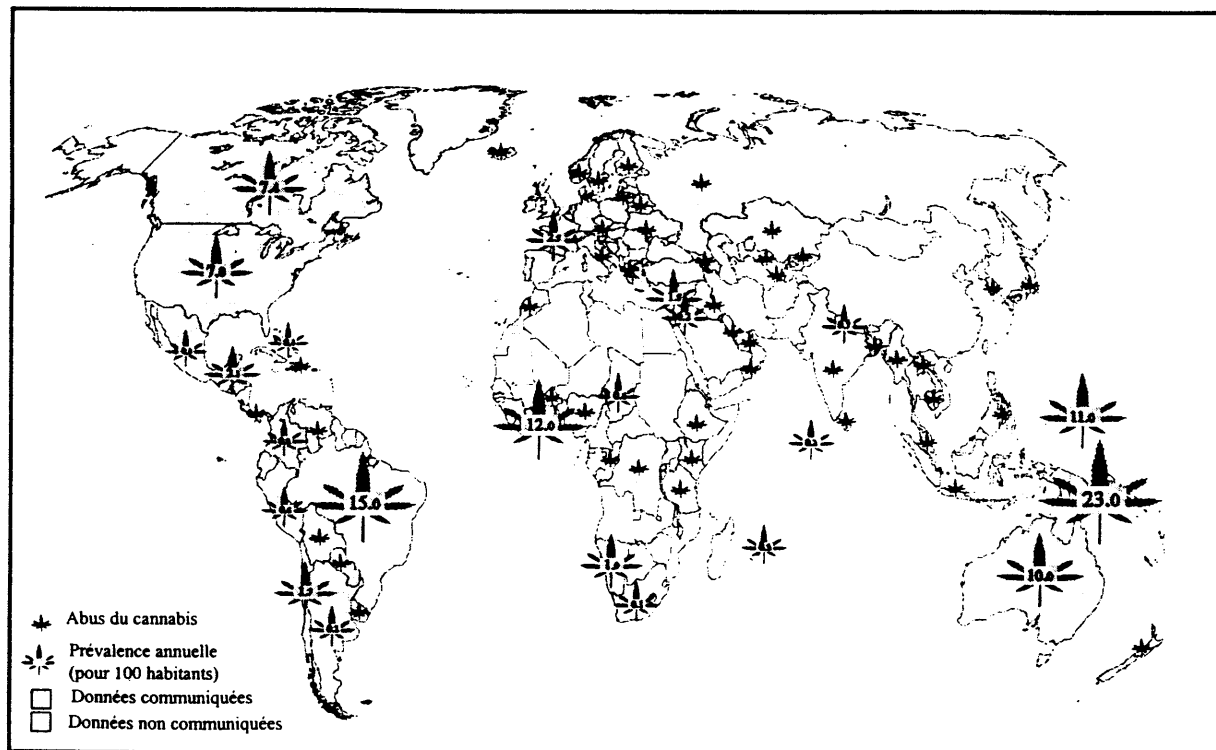
6. Le cannabis est la drogue le plus fréquemment signalée, toutes les régions du monde étant concernées. D'après les données recueillies dans le questionnaire utilisé pour les rapports annuels, on a estimé à 48,5 millions le nombre de personnes consommant cette substance dans 73 pays. En termes de prévalence annuelle de l'abus du cannabis, l'Océanie est la sous-région qui présente le taux le plus élevé (Papouasie-Nouvelle-Guinée : 23,5 %, États fédérés de Micronésie : 11,4 % et Australie : 10,3 %) tandis que les taux les plus faibles sont relevés en Asie de l'Est et du Sud-Est (Népal : 0,7 %, Maldives : 0,2 %). Les Pays-Bas se distinguent par une prévalence mensuelle de 4,4 %. Les autres pays d'Europe ayant une prévalence annuelle élevée sont la Slovénie (4 %), le Danemark (3,3 %), la Suisse (2,4 %), la Croatie (1,9 %), la République tchèque (1,5 %), l'Allemagne (1,2 %) et le Portugal (1 %). Au Moyen-Orient, Israël a signalé une prévalence annuelle élevée (1,5 %). La carte 2 donne une indication de l'abus de cannabis pour 100 habitants.

7. Les *drogues de type opiacé*, d'après la classification du questionnaire utilisé pour les rapports annuels, comprennent l'opium, l'héroïne, la morphine, d'autres opiacés et des stupéfiants analgésiques synthétiques tels que la péthidine, la mépéridine, la méthadone et le fentanyl. Les drogues de type opiacé soulagent la douleur, calment les nerfs, peuvent atténuer la sensation de faim, les nausées et les vomissements et produisent parfois l'euphorie. Le risque de contracter des infections telles que l'hépatite et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en partageant du matériel d'injection est bien connu. L'abus d'opiacés peut masquer des problèmes médicaux latents (inflammations et infections) en raison de l'effet analgésique de ces drogues. Il peut s'ensuivre un décès causé par des difficultés de respiration et un arrêt cardiaque.

8. Les drogues de type opiacé figurent au deuxième rang des drogues le plus fréquemment signalées, 69 pays déclarant 1,2 million de personnes consommant ces substances. Il convient de noter, cependant, que bien que le nombre des pays communiquant des données ait été relativement élevé, plusieurs pays grands consommateurs

d'opiacés n'ont fourni aucune estimation de leur nombre d'opiomanes. On peut donc supposer que le nombre notifié représente une sous-estimation importante du nombre réel d'opiomanes dans le monde.

Carte 2. Abus du cannabis pour 100 habitants, 1992-1995\*



Source : Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, questionnaire utilisé pour les rapports annuels, partie II, L'abus des drogues, 1992-1995.

Note : Les frontières indiquées sur cette carte n'impliquent pas reconnaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

\*Chiffres les plus récents obtenus.

9. La plupart des pays signalant un abus d'opiacés ont également fait état d'une tendance constante à la hausse. Des taux élevés d'abus d'opiacés ont été signalés par toutes les régions à l'exception des Caraïbes. Une prévalence élevée de l'abus d'héroïne a été signalée par les États-Unis d'Amérique (1,8 %), le Brésil (1 %) et le Portugal (0,6 %). Comme pour d'autres types d'opiacés, la Bolivie a déclaré une prévalence annuelle de l'abus des stupéfiants analgésiques synthétiques s'élevant à 0,9 %, tandis que la République démocratique populaire lao signalait les mêmes taux de prévalence pour l'abus annuel et quotidien d'opium.

10. Les drogues de type sédatif comprennent les barbituriques, les benzodiazépines et d'autres sédatifs tels que la méthaqualone. Le surdosage de barbituriques peut entraîner la mort par empoisonnement. Des benzodiazépines tels que le flunitrazépam (Rohypnol), le diazépam (Valium) et le chlórdiazépoxyde (Librium) sont plus populaires que les barbituriques.

11. L'abus de sédatifs a été signalé par 55 pays, le nombre de personnes abusant de ces substances étant estimé à 46,4 millions. Plusieurs pays faisant état d'une consommation illicite de sédatifs ont signalé une stabilisation progressive de la consommation. Parmi les pays signalant une prévalence annuelle élevée figurent surtout le Brésil (25 %) et la Papouasie-Nouvelle-Guinée (22,9 %), mais aussi le Honduras (7,6 %), le Chili (5,5 %), la Colombie (3,4 %), le Ghana (3 %), la Namibie (2 %), la Bolivie (1,8 %), le Mexique (1,3 %), Israël et les États-Unis d'Amérique (tous deux 1 %). Le Danemark a signalé une prévalence quotidienne de 2,7 %.

12. Les *drogues de type cocaïne* renvoient à la cocaïne (base et sels) et à la pâte de coca. La cocaïne est un stimulant du système nerveux central. C'est aussi un analgésique local. Elle peut être inhalée ("sniffée"), mais peut être aussi injectée ou appliquée directement sur une muqueuse. Le surdosage de cocaïne peut entraîner des convulsions, une paralysie cardiaque ou de fortes fièvres.

13. L'abus de cocaïne est signalé par 51 pays et le nombre de personnes consommant cette substance a été estimé à 10,9 millions. La consommation de cocaïne semble se stabiliser. Les pays faisant état de prévalences annuelles élevées ont été l'Argentine (4,4 %), le Brésil (2 %) et les États-Unis d'Amérique (1,7 %). Aucun abus de cocaïne n'a été signalé en Asie du Sud et du Centre, mais des saisies de cocaïne ont été signalées en Inde.

14. Les *drogues de type amphétamine* renvoient à l'amphétamine, à la méthamphétamine ("ice") et à d'autres amphétamines. Ces substances sont des stimulants du système nerveux central et des anorexigènes. Elles peuvent être prises sous forme de comprimés ou de gélules, être inhalées ou injectées. Dans le temps, la suppression des sensations de faim et de fatigue peut se solder par une malnutrition, un épuisement complet et des pertes de connaissance qui expliquent les accidents de la circulation causés par des chauffeurs de poids lourds et de cars abusant de ces drogues. La méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) ("ecstasy") a un effet à la fois stimulant et hallucinogène.

15. Le nombre de personnes abusant de drogues de type amphétamine a été estimé à 6 millions dans 37 pays ayant fait un rapport, l'Europe - suivie des Amériques - arrivant en tête. Dans la plupart des pays, l'ingestion est le mode le plus fréquent d'administration, suivi par l'injection. Le Honduras (7,6 %), le Brésil (2 %) et l'Australie (1,7 %) sont les pays qui, dans les questionnaires utilisés pour les rapports annuels, ont déclaré les taux de prévalence annuelle les plus élevés.

16. Des *hallucinogènes* tels que la diéthylamide de l'acide dextro-lysergique (LSD) peuvent se traduire par un état de conscience caractérisé par une altération des perceptions auditives et visuelles.

17. Quelque 2,9 millions de personnes abusant d'hallucinogènes ont été signalés par 26 pays représentant la plupart des régions à l'exception de l'Asie de l'Ouest. Les pays ayant signalé une prévalence élevée sont l'Australie (1,3 %), le Brésil et les États-Unis d'Amérique (près de 1 % chacun). Le tableau donne une liste des pays ayant déclaré entre 1992 et 1995 une prévalence supérieure ou égale à 0,1 % pour au moins l'un des types de drogue ci-dessus.

## **B. Abus des drogues par injection**

18. Les personnes se droguant par injection forment le deuxième groupe à risque d'infection par le VIH dans les Amériques et en Europe<sup>2</sup>. La pratique de l'injection de drogues ne se limite pas à l'injection intraveineuse, mais comprend également l'injection intramusculaire ou sous-cutanée. Il a donc été estimé que l'expression générique "prise de drogue par injection" reflétait plus précisément la pratique et les comportements réels.

19. Afin de présenter un tableau plus complet de la situation, les données recueillies dans les questionnaires utilisés pour les rapports annuels ont été complétées par d'autres données<sup>3</sup>. La prise de drogues par injection a été signalée par 121 pays et territoires. Sur ce nombre, 71 pays ont signalé avoir recensé des cas de séropositivité pour le VIH chez des toxicomanes notoires se droguant par injection. La carte 3 illustre la répartition des pays signalant une prise de drogues par injection et indique les pays faisant état d'infections par le VIH chez des personnes se droguant par injection.

**Tableau. Estimations de la prévalence de l'abus des drogues, par type de drogue et par pays ou territoire, 1992-1995**  
(Pourcentage de toxicomanes dans la population totale)

Pays/territoire	Drogues de type opiacé	Drogues de type cocaïne	Drogues de type cannabis	Hallucinogènes	Drogues de type amphétamine	Drogues de type sédatif	Solvants volatils
<b>Afrique</b>							
Afrique du Sud	<	<	0,1	<	<	<	..
Ghana	<	<	12,0	..	<	3,0	..
Maurice	0,3	..	0,3	..	..	..	..
Namibie	..	..	2,0	..	..	2,0	0,7
Tchad	0,2	<	0,6	0,1	0,5	0,5	0,2
<b>Amérique</b>							
Argentine	<	4,4	0,2	..	..	0,3	..
Bahamas	..	<	0,4	..	..	..	..
Bolivie	0,9	0,2	..	<	..	1,8	2,8
Brésil	<1,0	2,0	15,0	<1,0	2,0	25,0	5,0
Canada	..	0,7	7,4	0,9	0,2	..	..
Chili	0,2	0,4	1,8	..	0,7	5,5	<
Colombie	<	0,3	0,8	<	0,2	3,4	0,3
États-Unis d'Amérique	1,8	1,7	7,1	0,9	0,9	1,0	0,8
Honduras	<	0,9	2,1	..	7,6	7,6	..
Mexique	<	0,1	0,3	<	0,3	1,3	0,2
Pérou	..	0,3	0,6	..	..	..	0,8
<b>Asie</b>							
Hong-kong	0,3	<	<	..	<	<	<
Malaisie	0,1	..	<	..	<	..	..
Maldives	0,6	..	0,2	..	..	0,1	..
Népal	0,1	..	0,7	<	..	<	..
République démocratique populaire lao	0,9 <sup>a</sup>	..	..	..	..	..	..
<b>Europe</b>							
Allemagne	<	0,1	1,2	<	0,1	..	..
Croatie	0,2	<	1,9	<	<	<	0,1
Danemark	0,3 <sup>a</sup>	0,3	3,4	..	0,6	2,7 <sup>a</sup>	0,3
Finlande	<	..	0,7	..	<	0,5	..
Liechtenstein	<	<	0,4	<	<	..	..
Monaco	<	<	0,3	<	<	..	..
Norvège	0,1	<	<	..	<	..	0,4
Pays-Bas	0,2 <sup>a</sup>	..	4,4 <sup>b</sup>	..	..	..	..
Portugal	0,6 <sup>a</sup>	<	1,0 <sup>a</sup>	..	<	0,2 <sup>a</sup>	..
République tchèque	<	<	1,5	0,2	0,1	<	0,1
Saint-Marin	<	<	0,1	<	<	<	..
Slovénie	0,3	..	>4,0	<	..	<	<
Suède	<	<	0,1	<	0,2	<	<
Suisse	0,3	0,4	2,4	..	..	..	<
Ukraine	0,3	..	..	..	..	..	<



<i>Pays/territoire</i>	<i>Drogues de type opiacé</i>	<i>Drogues de type cocaïne</i>	<i>Drogues de type cannabis</i>	<i>Hallucinogènes</i>	<i>Drogues de type amphétamine</i>	<i>Drogues de type sédatif</i>	<i>Solvants volatils</i>
Proche et Moyen-Orient							
Israël	0,3	0,2	1,5	0,3	..	1,0	..
Jordanie	0,2	<	0,2	..	<	0,6	0,1
Océanie							
Australie	0,3	0,7	10,3	1,3	1,7	0,5	0,3
Micronésie (États fédérés de)	..	..	11,4	..	..	..	2,9
Papouasie-Nouvelle-Guinée	..	<	23,5	..	..	22,9	<

Source : Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues.

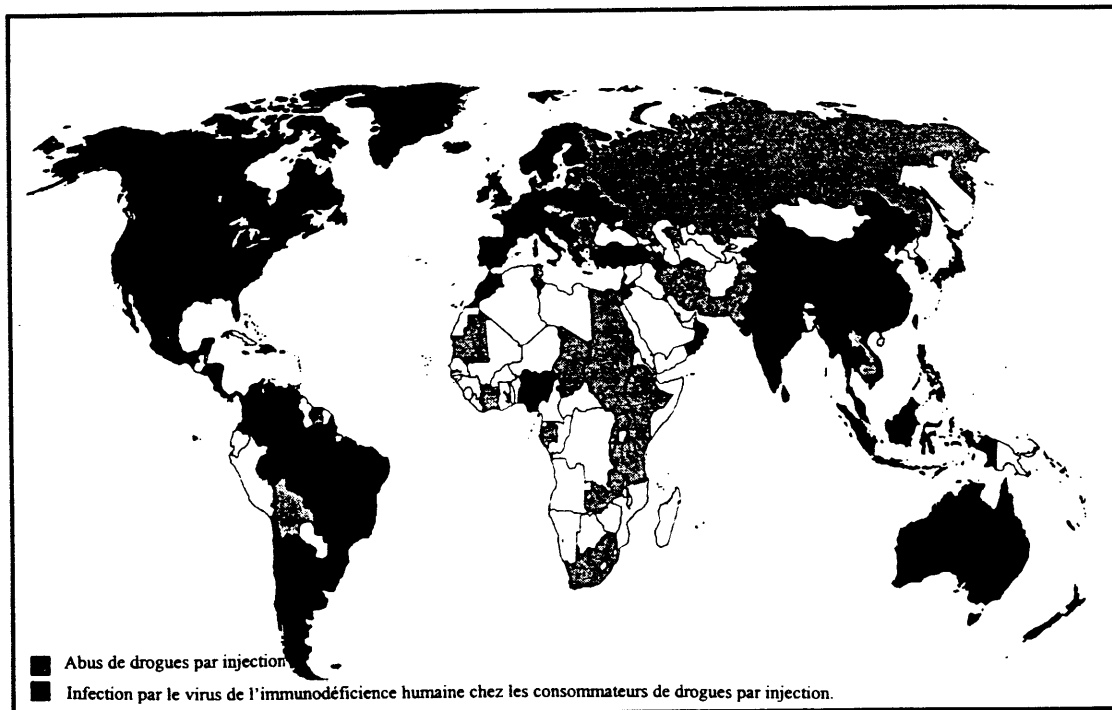
Note: Tous les chiffres sont arrondis au dixième près; (<) indique un chiffre inférieur à 0,1.

\*Consommation quotidienne.

<sup>b</sup>Consommation mensuelle.

(..) Indique l'absence de données.

Carte 3. Pays et territoires ayant signalé l'abus des drogues par injection et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les toxicomanes par injection\*



Sources : Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, questionnaire destiné aux rapports annuels partie II. L'abus des drogues (E/NR/1995/2); *AIDS 1994*, vol. 8.

Note : Les frontières indiquées sur cette carte n'impliquent pas connaissance ou acceptation officielle par l'Organisation des Nations Unies.

\*Les pays suivants ont signalé l'abus des drogues par injection, les pays ayant signalé l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les toxicomanes par injection figurant en italique :

**Afrique**

Afrique du Sud  
Côte d'Ivoire  
Égypte  
Éthiopie  
Gabon  
Kenya  
*Maroc*  
Maurice  
*Nigéria*  
Ouganda  
République-Unie de Tanzanie  
Sénégal  
Soudan  
Tchad  
Tunisie  
Zambie

**Amériques**

*Argentine*  
*Bahamas*  
*Bermudes*  
*Bolivie*  
*Brésil*  
*Canada*  
*Chili*  
*Colombie*  
*Costa Rica*  
*El Salvador*  
*Équateur*  
*États-Unis d'Amérique*  
*Guatemala*  
*Haïti*  
*Honduras*  
*Jamaïque*  
*Mexique*

*Nicaragua*  
*Panama*  
*Porto Rico*  
*République dominicaine*  
*Suriname*  
*Uruguay*  
*Venezuela*

**Asie**

Arabie saoudite  
Azerbaïdjan  
*Bahreïn*  
Bangladesh  
*Chine*  
Émirats arabes unis  
*Hong-kong*  
*Inde*  
*Indonésie*  
Iran (Rép. islamique d')  
Iraq  
*Israël*  
*Japon*  
*Jordanie*  
Kazakhstan  
Kirghizistan  
Koweït  
Macao  
*Malaisie*  
*Myanmar*  
Népal  
*Oman*  
Ouzbékistan  
Pakistan  
*Philippines*  
*Qatar*  
République arabe syrienne  
*République de Corée*

République dém. pop. lao  
*Singapour*  
*Sri Lanka*  
Taiwan (province de)  
*Thaïlande*  
Turkménistan  
*Viet Nam*

**Europe**

Albanie  
*Allemagne*  
*Autriche*  
*Bélarus*  
*Belgique*  
Bulgarie  
*Chypre*  
*Croatie*  
*Danemark*  
*Espagne*  
Estonie  
Fédération de Russie  
*Finlande*  
*France*  
Grèce  
*Hongrie*  
*Irlande*  
*Islande*  
*Italie*  
Lettonie  
Liechtenstein  
*Lituanie*  
*Luxembourg*  
Malte  
*Monaco*  
*Norvège*  
*Pays-Bas*  
*Pologne*

*Portugal*  
République de Moldova  
*République tchèque*  
Roumanie  
*Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord*  
*Saint-Marin*  
Slovaquie  
*Slovénie*  
*Suède*  
*Suisse*  
*Turquie*  
*Ukraine*  
*Yougoslavie*

**Océanie**

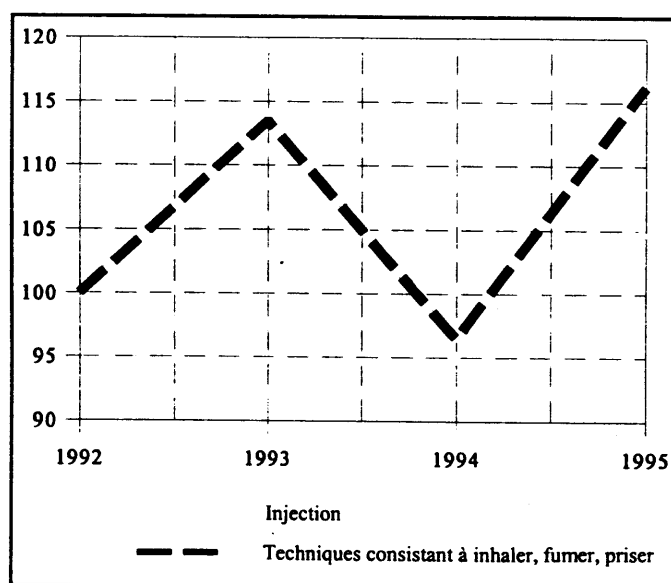
*Australie*  
Fidji  
Guam  
*Micronésie (États fédérés de)*  
*Nouvelle-Calédonie*  
*Nouvelle-Zélande*

20. La quasi-totalité des pays ayant signalé l'abus de drogues par injection ont également fait état de l'injection de drogues du type opiacé (118 sur 121). L'injection de cocaïne et d'amphétamines a été signalée en Afrique, en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique du Sud ainsi qu'en Europe orientale et occidentale. La pratique de l'injection de drogues du type amphétamine a également été notifiée en Asie centrale. L'Europe orientale et l'Amérique du Sud ont fait état de l'injection d'hallucinogènes.

21. D'après le Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH/sida (UNAIDS), environ 5 à 10 % des infections par le VIH résultent de la contagion par du matériel d'injection. L'ampleur exacte de l'infection de toxicomanes par voie intraveineuse par le VIH diffère d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. C'est ainsi qu'au Viet Nam, où un programme de dépistage du VIH a été mis en place pour les toxicomanes par voie intraveineuse, il s'est avéré que 72 % d'entre eux étaient infectés<sup>4</sup>. Concernant l'Ukraine, où le nombre de cas d'infection par le VIH est passé de 183 en 1994 à 5 360 en mai 1996, 70 % des individus infectés consommaient des drogues par injection<sup>5</sup>.

22. La réduction du nombre de personnes qui adoptent la technique de l'injection pourrait favoriser la lutte contre la transmission du VIH dans une certaine mesure. Une fois le VIH introduit dans une communauté locale de consommateurs de drogues par injection, sa propagation peut être fulgurante. Par ailleurs, le groupe devient une source de transmission tant hétérosexuelle que périnatale du VIH : des travaux de recherche ont démontré que parmi les femmes ayant des rapports sexuels non protégés, celles qui sont partenaires de toxicomanes par voie intraveineuse couraient les risques les plus grands de contracter le VIH<sup>6</sup>. La figure I indique les tendances signalées du mode d'administration de l'héroïne de 1992 à 1995.

**Figure I. Tendances du mode d'administration de l'héroïne, 1992-1995**



Source : Questionnaire destiné aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

Note : Pondéré en fonction du nombre de pays et territoires faisant rapport chaque année.

23. La figure I fait apparaître une légère progression des techniques consistant à inhaler, fumer ou priser par opposition à l'injection. Plusieurs facteurs auraient pu contribuer à cette progression. Les recherches ont montré qu'en raison de la plus grande prise de conscience des risques pour la santé liés à la consommation de drogues

par injection, tels que celui de contracter le VIH ou l'hépatite, certains consommateurs par injection ont abandonné ce mode d'administration au profit d'autres techniques de consommation de l'héroïne. En outre, les débutants n'ont pas tendance à s'injecter tout de suite de l'héroïne. Peut-être bien que la progression des techniques autres que l'injection reflète en fait la tendance à la hausse de l'abus des opiacés dans le monde entier. Un concours de l'ensemble de ces facteurs auraient pu contribuer à la tendance enregistrée dans les données jusqu'en 1995.

24. Une étude PNUCID/Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulée : Multi-City Drug Injecting and HIV Study 1994, sur la pratique de l'injection de drogues et l'infection par le VIH dans 13 villes, a fait apparaître que, s'ils sont informés sur le VIH/syndrome d'immunodéficience acquise (sida) et ont la possibilité d'accéder aux moyens de changer de comportement, les toxicomanes par injection changent effectivement de pratique. Cependant, il semble plus facile de prévenir une épidémie que d'enrayer une épidémie de VIH déclarée parmi les toxicomanes de drogue par injection. Les 50 pays et territoires qui ont signalé l'abus des drogues par injection sans aucun cas d'infection par le VIH parmi les toxicomanes par injection devraient être considérés comme des zones à haut risque devant mettre au point des stratégies propres à prévenir la propagation du VIH parmi les toxicomanes.

25. Outre le VIH/sida, l'hépatite et la tuberculose représentent les infections les plus importantes parmi les toxicomanes par injection. La fréquence des cas aigus d'hépatite B (qui est quelque 10 fois plus infectieuse que le VIH) a longtemps été perçue comme un indicateur indirect de la fréquence de l'abus des drogues par injection. Récemment, l'apparition d'hépatite C chez les toxicomanes par injection a suscité des préoccupations. L'hépatite C aboutit à la chronicité, provoque la cirrhose et le cancer du foie. Le virus de cette hépatite a beaucoup de points communs avec le VIH. Une personne infectée par l'hépatite C devient infectieuse pour autrui, mais il faut au moins neuf mois pour que l'infection puisse être confirmée par des tests en laboratoire. Des tests de dépistage ont été mis au point, mais ils sont onéreux pour les pays en développement particulièrement touchés et n'en disposent pas de façon pratique.

## II. CARACTÉRISTIQUES ET TENDANCES NAISSANTES PAR RÉGION

26. Environ 60 % des pays qui ont fait rapport sur les tendances de la consommation illicite de drogues ont signalé une progression ou une forte progression. Une proportion supplémentaire de 30 % a signalé une situation stable, tandis que les 10 % restants ont fait état d'une régression ou d'une forte régression. Chaque drogue présente des caractéristiques propres. En règle générale, l'abus d'amphétamines, de cannabis et d'opiacés semble être en hausse, tandis que l'abus de cocaïne et d'hallucinogènes est stable.

27. À quelques exceptions près, les pays signalant des saisies de drogues notifient aussi, en général, une consommation illicite des mêmes types de drogue. Font exception les benzodiazépines et les sédatifs du type barbiturique, pour lesquels de nombreux pays d'Amérique du Sud signalent une consommation illicite sans communiquer les données concernant les saisies qui s'ensuivent normalement. L'explication peut être la fabrication locale de certaines de ces drogues, tout comme une application laxiste des règles en matière de prescription de médicaments.

### A. Afrique

28. La situation en ce qui concerne l'abus des drogues fait l'objet d'une surveillance qui est loin d'être uniforme en Afrique. Parmi les pays ayant fait rapport, le trait saillant est une augmentation globale de l'abus des drogues, sauf en ce qui concerne peut-être la cocaïne et les hallucinogènes pour lesquels le tableau est plus varié. La figure II indique les tendances de l'abus signalées en Afrique de 1992 à 1995, par type de drogue.

29. Le cannabis pousse à l'état sauvage et est cultivé dans nombre de pays africains. L'Afrique du Sud, l'Éthiopie et le Maroc sont de gros producteurs de cannabis et les ports maritimes de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe sont fréquemment utilisés pour le transbordement de la résine de cannabis expédiée de l'Asie

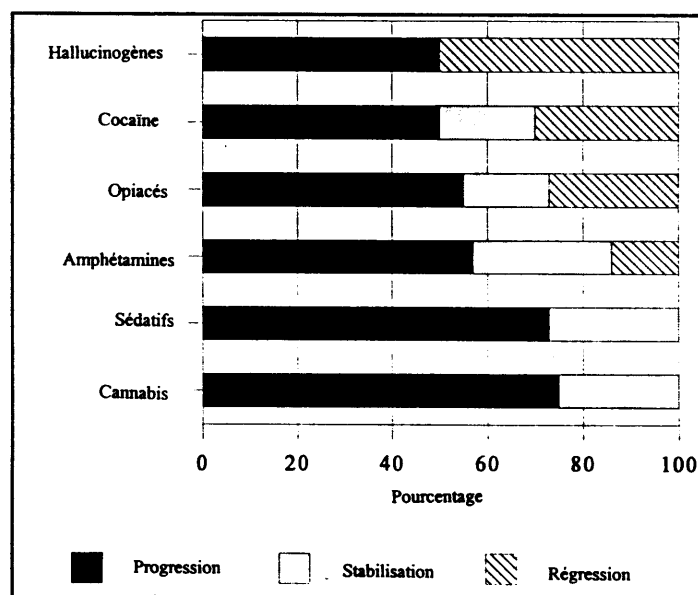
pour l'Europe ou l'Amérique du Nord. Le cannabis fait l'objet d'un large abus dans toutes les sous-régions de l'Afrique. En 1995, une forte progression de sa consommation a été signalée au Congo, au Kenya et au Tchad. L'Afrique du Sud, le Maroc et Maurice ont également fait état d'une consommation de cannabis en hausse. Des prévalences élevées de l'abus ont été signalées par le Ghana (12,2 %) et la Namibie (2 %). Aucun recul de l'abus n'a été signalé mais certains pays africains ont fait état d'une situation stable.

30. L'inefficacité du contrôle exercé sur le système d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et l'existence de marchés ambulants illégaux où se vendent les produits pharmaceutiques facilitent la disponibilité de substances psychotropes. Le Kenya aussi bien que le Tchad ont fait état d'une forte progression de la consommation de sédatifs en 1995, tandis que l'Afrique du Sud et le Maroc signalaient une certaine progression. Aucun recul n'a été signalé dans l'abus des sédatifs en 1995. L'Afrique du Sud a indiqué une consommation illicite par injection. Le Ghana a signalé des taux de prévalence élevés mais stables pour la consommation illicite de benzodiazépines chaque jour (1,1 %) et sur une année (2,9 %). Des taux de prévalence élevés mais stables ont été relevés en Namibie en 1995 pour la consommation illicite de méthaqualone chaque jour (1,3 %) et sur une année (1,9 %). Mais on sait que la méthaqualone est largement consommée dans plusieurs pays de la région.

31. L'Afrique du Sud, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Nigéria et le Tchad ont signalé une hausse de la consommation illicite d'amphétamines. L'Afrique du Sud a fait état de l'injection de drogues du type amphétamine et le Tchad a indiqué une forte progression, atteignant un taux annuel de consommation illicite de 0,5 % en 1995.

32. Les tendances en ce qui concerne l'abus d'hallucinogènes sont variées. Environ la moitié des pays ont signalé un recul, tandis que l'autre moitié indiquait une hausse. Au Tchad, où a été constatée une augmentation de l'abus, la prévalence sur une année a été estimée à 0,13 % pour 1995. L'Afrique du Sud aussi a signalé une progression de l'abus d'hallucinogènes en 1995.

**Figure II. Afrique : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995**



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

33. L'héroïne et l'opium brut et transformé sont transportés de l'Asie du Sud-Ouest, de l'Est et du Sud-Est vers les ports maritimes et les aéroports africains puis jusqu'en Europe et en Amérique du Nord. Une progression de la consommation illicite de drogues du type opiacé a été signalée en Afrique du Sud, au Burkina Faso, au Ghana, au Kenya, au Maroc, à Maurice, en Namibie, au Nigéria et au Tchad. La consommation illicite

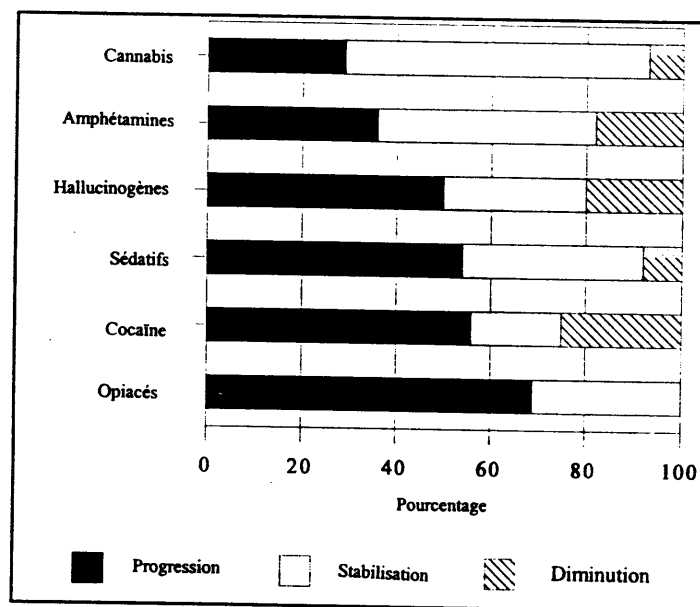
de drogues de ce type signalée en Afrique concerne l'héroïne, l'opium, la morphine et les analgésiques à base de stupéfiants synthétiques. L'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Maroc, Maurice et le Tchad ont fait état de l'injection d'héroïne, Maurice (0,3 %) et le Tchad (2 %) signalant des prévalences annuelles équivalant à celles communiquées en Europe occidentale. L'infection par le VIH chez les toxicomanes par injection a été signalée au Maroc et au Nigéria.

34. Si le trafic de cocaïne gagne ces dernières années l'Europe depuis l'Amérique du Sud via l'Afrique de l'Est, l'Afrique australe et l'Afrique de l'Ouest, les tendances en ce qui concerne la consommation ne sont pas uniformes. La moitié des pays ont enregistré soit une régression soit une stabilisation de l'abus, tandis que l'autre moitié connaissait une progression. La consommation illicite de cocaïne et de crack serait en hausse en Afrique du Sud, au Congo, au Ghana, au Maroc, en Namibie et au Nigéria, alors que le Tchad a fait état d'une forte diminution de la consommation de cocaïne. La pratique de l'injection de cocaïne a été constatée en Afrique du Sud.

### B. Amériques

35. Dans les Amériques, le trait le plus frappant est la progression de l'abus d'opiacés, parallèlement à une stabilisation de l'abus de cannabis. La figure III indique les tendances de l'abus dans les Amériques de 1992 à 1995, par type de drogue.

**Figure III. Amériques : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995**



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

36. La production d'opium à une échelle importante a été détectée pour la première fois en 1988. L'Amérique latine a à son actif plus de 2 % de la production mondiale d'opium. L'Argentine, la Bolivie, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, les États-Unis et le Mexique ont constaté une augmentation de l'abus des drogues du type opiacé. Les pays ayant fait état d'une forte prévalence annuelle de l'abus d'opiacés sont les États-Unis (1,8 %), le Brésil et la Bolivie (à peine moins de 1 %). Outre les États-Unis, l'Argentine et la Colombie ont signalé l'injection d'héroïne.

37. S'agissant du cannabis, la prévalence annuelle pour 1995 varie de 15 % (Brésil) à 0,008 % (Uruguay). La même année, une forte progression a été constatée par les pays connaissant une prévalence élevée, tels que les États-Unis (7,1 %). La consommation de cannabis s'est également accrue au Honduras (prévalence de 2,1 %) en 1995. Aucun pays, à part la Grenade, n'a signalé une régression de la consommation de cette substance.

38. L'abus de cocaïne a continué de progresser au Costa Rica, en Équateur, aux États-Unis, au Honduras et au Paraguay, mais a connu une stabilisation au Canada, au Panama et en République dominicaine, voire une régression aux Bahamas, au Belize, en Colombie et à la Grenade. La pratique de l'injection de cocaïne a été constatée en Argentine.

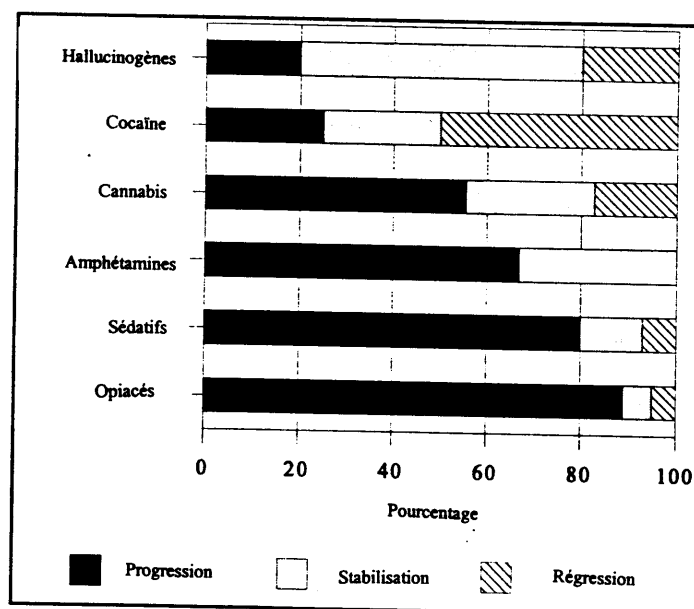
39. Le Honduras et le Panama ont fait état d'une consommation stable de sédatifs en 1995, alors que l'Argentine et les États-Unis signalaient une augmentation de la consommation.

40. Une stabilisation de la consommation de stimulants du type amphétamine a été constatée en Argentine, au Honduras et au Panama, alors que la Colombie, les États-Unis et le Paraguay indiquaient une progression de la consommation.

### C. Asie

41. La tendance globale en Asie est à la hausse de l'abus de toutes les drogues, sauf la cocaïne et les hallucinogènes. La progression est particulièrement nette en ce qui concerne les drogues du type opiacé et les sédatifs, même si les chiffres indiquant la prévalence pour ces derniers sont relativement bas. Des préparations pharmaceutiques contenant des stupéfiants ou des substances psychotropes sont toujours largement disponibles dans toute l'Asie sans ordonnance médicale. La figure IV indique les tendances de l'abus signalées en Asie de 1992 à 1995, par type de drogue.

Figure IV. Asie : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

42. La culture illicite du cannabis et du pavot à opium, la production d'opium, la fabrication d'héroïne et le trafic illicite à grande échelle des opiacés constituent les principaux problèmes liés à la drogue en Asie. Cette région demeure le principal fournisseur d'opium illicite, avec environ 95 % de la production mondiale. Bien que le principal mode d'administration de l'opium et de l'héroïne consiste à les fumer, on constate de plus en plus, au sein des pays membres de la Communauté d'États indépendants (CEI), l'injection d'extraits de paille de pavot. Dans leurs questionnaires destinés aux rapports annuels, l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie, l'Ouzbékistan, les Philippines et Sri Lanka ont notifié l'injection de l'héroïne. La moitié des pays faisant état de l'abus par injection signalent également l'infection par le VIH chez les toxicomanes par injection (voir carte 3, p.10).

43. La consommation illicite de sédatifs, principalement de barbituriques et de benzodiazépines, semble être en augmentation. C'est là un phénomène persistant qui peut être associé à l'absence de contrôle en matière de prescription de médicaments, laquelle se traduit également par un abus continu de sirops antitussifs contenant de la codéine.

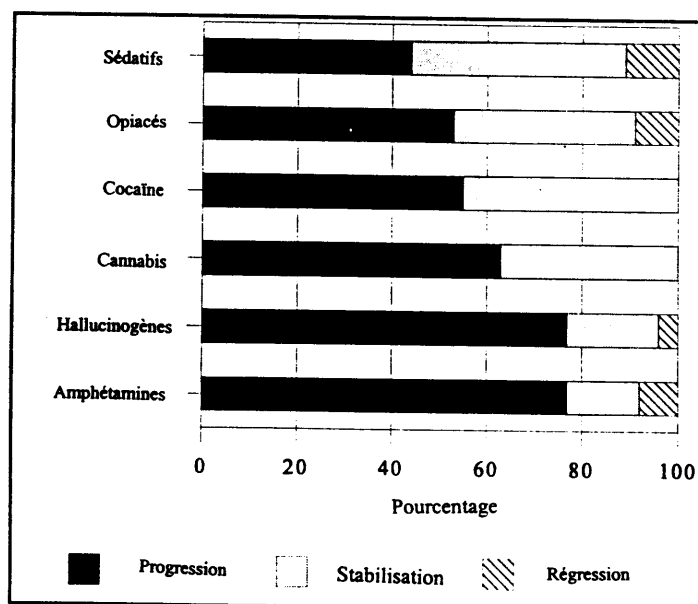
44. L'abus de cocaïne serait stable, sauf en Indonésie et à Singapour où une progression a été constatée, et aux Philippines où une forte régression a été notée.

45. L'abus d'amphétamines a continué de se développer à Hong-kong, en Inde, en Indonésie, au Japon, aux Philippines, en République de Corée et en Thaïlande. En Extrême-Orient, le stimulant le plus fréquemment consommé est la méthamphétamine. Aux Philippines, la méthamphétamine (*shabu*) aurait remplacé le cannabis comme substance la plus largement consommée.

#### D. Europe

46. La transition rapide qui s'opère en Europe centrale et orientale, dans les États membres de la CEI et dans les États baltes a facilité la progression de l'abus des drogues dans la région. Les tendances dominantes en Europe sont le développement de l'abus d'amphétamines (notamment la MDMA) et d'hallucinogènes, suivis par le cannabis, la cocaïne et les opiacés. La figure V indique les tendances de l'abus des drogues signalées en Europe de 1992 à 1995, par type de drogue.

**Figure V. Europe : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995**



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.



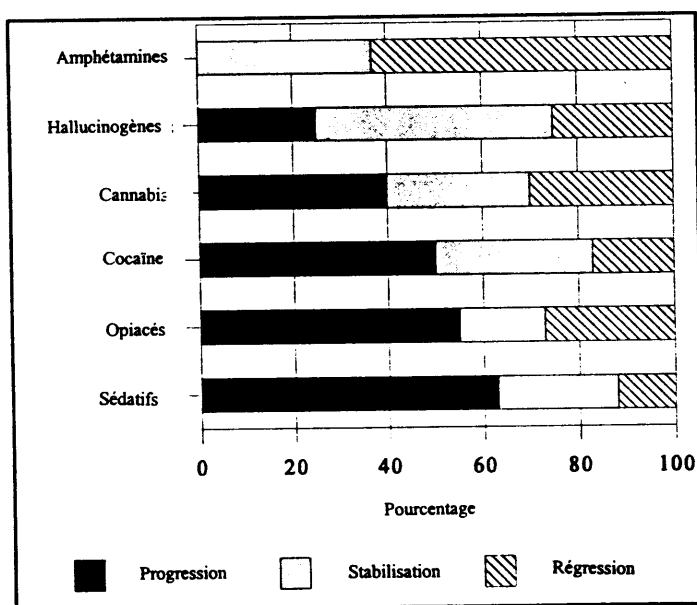
47. En Europe occidentale, l'abus d'amphétamines continue. Les taux de progression les plus rapides sont indiqués pour la MDMA. Les pays les plus touchés sont le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et le Danemark (0,6 % de prévalence annuelle), suivis par les pays du BENELUX, la Suède (0,2 %) et l'Allemagne (0,1 %). On a constaté en Allemagne, en Belgique, en Islande, au Liechtenstein, en Lituanie et à Monaco une progression importante de l'abus d'amphétamines. Une autre drogue synthétique sur mesure, l'oxybate de sodium (*gamma*-hydroxybutyrate (GHB), également connu sous le nom de "liquid X" ou de "fantasy") commence à faire son apparition en Europe. Une forte progression de l'abus de cannabis a été signalée en 1995 par le Bélarus, la Belgique, la Lituanie et la République de Moldova.

48. L'injection d'héroïne est indiquée par les pays suivants dans les questionnaires destinés aux rapports annuels : Bélarus, Belgique, Danemark, France, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Norvège, Portugal, République tchèque et Suisse. La France, le Liechtenstein, le Luxembourg, la République tchèque et la Suisse ont signalé l'injection de cocaïne. Le Bélarus, la Belgique, la Fédération de Russie, la France, la Lituanie, le Luxembourg, la République de Moldova, la République tchèque, la Suède et la Suisse ont indiqué l'injection de drogues du type amphétamine.

### E. Proche et Moyen-Orient

49. L'établissement de rapports concernant l'abus des drogues se fait de manière très fragmentaire dans la région. Il semble que les opiacés et les sédatifs non opiacés sont les deux principaux types de drogues consommés dans la région, suivis par le cannabis et la cocaïne. La consommation tant des opiacés que des sédatifs prenait de l'ampleur. Les caractéristiques en ce qui concerne l'abus de cocaïne et de cannabis variaient. La figure VI indique les tendances de l'abus signalées au Proche et au Moyen-Orient de 1992 à 1995, par type de drogue.

Figure VI. Proche et Moyen-Orient : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

50. L'abus d'héroïne a été signalé par les Émirats arabes unis, l'Iran (République islamique d'), l'Iraq, Israël, la Jordanie, Oman et la République arabe syrienne. La prévalence annuelle est estimée à 0,5 % pour la République islamique d'Iran et à 0,2 % pour la Jordanie. La pratique de l'injection est signalée aux Émirats arabes unis, en Israël, en Jordanie, au Qatar et en Turquie.

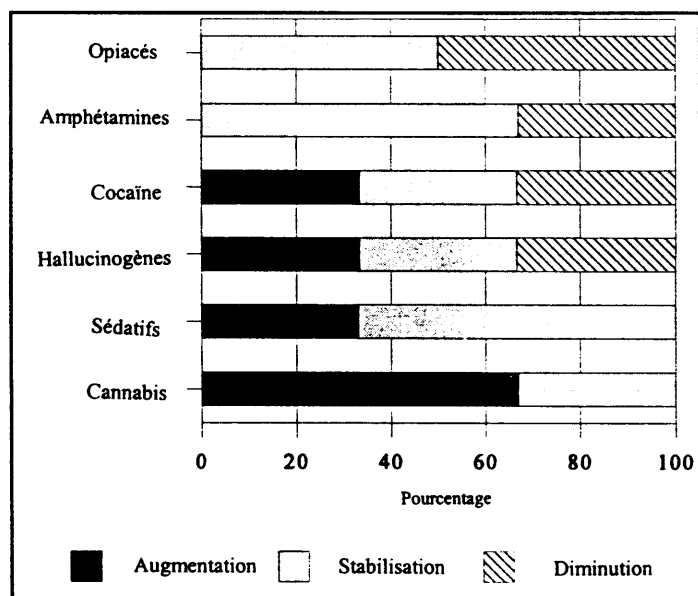
51. La hausse de l'abus de cocaïne a été constatée en Israël, en République arabe syrienne et en Turquie. Aucune augmentation de la consommation illicite d'amphétamines n'a été signalée.

#### F. Océanie

52. Selon les rapports, la drogue la plus fréquemment consommée dans cette sous-région est le cannabis. Aucun pays ne fait état d'une baisse de la consommation. Il en a été de même des sédatifs non opiacés. La figure VII montre les tendances signalées de l'abus de drogues en Océanie, par type de drogue, entre 1992 et 1995.

53. Les États fédérés de Micronésie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, Fidji et la Nouvelle Zélande ont signalé une augmentation de la consommation de cannabis. La prévalence annuelle était estimée à 10,3 % en Australie, 11,4 % dans les États fédérés de Micronésie et 23,5 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Si l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont indiqué une stabilisation de la consommation de cocaïne, la Papouasie-Nouvelle-Guinée a fait état d'une progression chaque année entre 1992 et 1995.

Figure VII. Océanie : tendances de l'abus des drogues, 1992-1995



Source : Questionnaires pour les rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

54. En Australie, l'amphétamine reste, après le cannabis, la drogue illicite la plus couramment consommée. L'ecstasy a été signalé comme étant populaire chez les amateurs de soirées "rave".

55. L'Australie est le seul pays de la région indiquant un abus de drogues de type opiacé. Il est vrai que la situation géographique de l'Océanie comme lieu de transit entre les producteurs d'Asie et les marchés des Amériques crée une situation vulnérable.

### III. LES JEUNES ET L'ABUS DES DROGUES

56. Au sens de la Convention relative aux droits de l'enfant (annexe de la résolution 44/25 de l'Assemblée générale), un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans. Cette définition est une reconnaissance de la vulnérabilité physique et psychologique de la personne en devenir. Les enfants et les adolescents ont besoin d'être protégés contre les situations risquant de nuire à leur santé et à leur développement, telles que le travail des enfants et les substances engendrant la dépendance. L'article 33 de la Convention dispose :

"Les États parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances."

57. L'abus de drogue chez les jeunes semble être en hausse dans la plupart des régions du monde. De nombreux pays d'Europe ont fait état d'une augmentation de l'abus du cannabis. Les États-Unis ont signalé une tendance à l'augmentation de la consommation de marijuana dans l'enseignement secondaire, chez les élèves du deuxième cycle entre 1992 et 1995 et un doublement de la prévalence chez les élèves de la fin du premier cycle<sup>7</sup>. Bien qu'il soit difficile d'obtenir les chiffres réels, les pays d'Afrique et d'Océanie ont indiqué qu'en plus de la consommation traditionnelle de cannabis chez les adultes, il y avait un accroissement de l'abus chez les jeunes.

58. L'abus de drogue de type opiacé progresse dans presque toutes les régions du monde, et particulièrement en Europe et en Amérique du Nord. La Slovaquie, par exemple, a signalé une augmentation rapide de l'abus d'héroïne depuis 1990, surtout chez les jeunes<sup>5</sup>. Un accroissement de la consommation d'opiacés, notamment chez les jeunes, a été signalé par des pays d'Asie centrale, où l'injection d'extraits de paille de pavot est la forme dominante d'abus. Aux États-Unis, la prévalence de l'abus d'héroïne chez les élèves de la fin du premier cycle du secondaire est passée de 0,7 % en 1992 à 1,4 % en 1995<sup>7</sup>.

59. Le nombre élevé d'usagers de stimulants de type amphétamine à des fins "récréatives" ne cesse d'augmenter, les taux de prévalence étant comparables chez les hommes et les femmes. En Thaïlande, où le nombre de consommateurs de cette substance a été estimé à 260 000, la progression de l'abus chez les adolescents préoccupe les autorités<sup>5</sup>.

60. La disponibilité et la diversité des drogues augmentent dans le monde entier et l'on assiste à une homogénéisation des types de comportements toxicomaniaques. Les médias tels que la radio, les concerts de musique, la télévision, les vidéocassettes, les magazines pour jeunes et l'informatique exposent une proportion importante des jeunes dans le monde à une culture plus tolérante à l'égard de l'usage de drogues. On ne peut plus prétendre que l'abus de drogues s'observe uniquement chez des groupes marginalisés de jeunes ou principalement dans le monde occidental industrialisé.

61. En outre, certains signes indiquent un abaissement de l'âge d'initiation à la drogue. À l'exception de la cocaïne et des sédatifs, les personnes demandant à suivre un traitement contre la toxicomanie sont de plus en plus jeunes. Cette tendance est particulièrement notable chez les jeunes abusant des opiacés. En 1995, il y a eu plus de jeunes de 15 à 19 ans entamant un traitement qu'au cours de toute la période 1992-1994. La même année, aux États-Unis, près des deux tiers des consommateurs de LSD souhaitant se faire soigner avaient moins de 20 ans<sup>5</sup>.

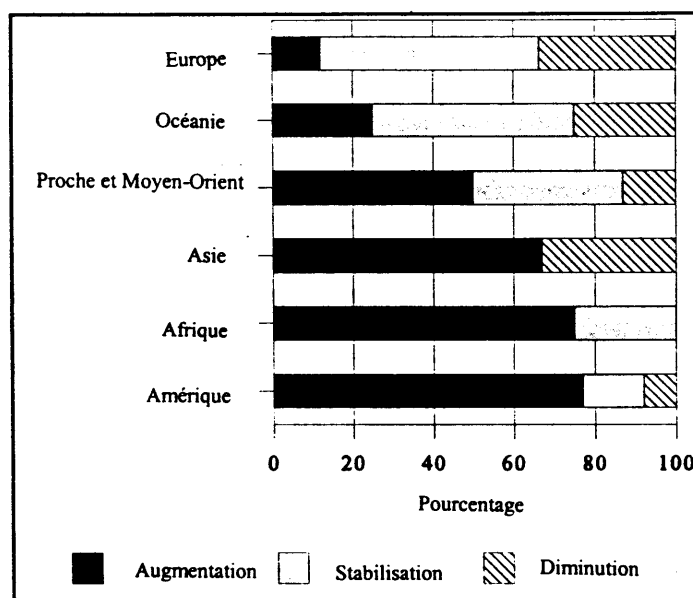
62. La faveur croissante dont jouissent en Europe occidentale, en Amérique du Nord et dans certains pays d'Europe orientale et de l'Asie de l'Est et du Sud-Est des drogues telles que la méthamphétamine, l'ecstasy et d'autres stimulants du type amphétamine est particulièrement préoccupante. Ces drogues sont étroitement associées dans certains pays à l'univers des soirées "rave" ou de la danse, qui attirent particulièrement les

jeunes. Malgré leurs effets nocifs, dont plusieurs décès imputables à l'abus d'ecstasy, elles bénéficient, paradoxalement, d'une image plus bénigne que les stimulants dérivés de plantes.

63. On a avancé que certains facteurs spécifiques étaient à l'origine de la popularité croissante des stimulants du type amphétamine, tels que l'intensification de la concurrence au sein de la société, qui inciterait à rechercher des stimulations toujours plus fortes, le relâchement des liens familiaux et le déclin des systèmes de croyance traditionnels. La montée du chômage contribue également à creuser davantage le fossé entre les générations. Il est évident que les stratégies de prévention doivent tenir compte de ces facteurs et que les jeunes eux-mêmes doivent jouer un rôle fondamental dans l'élaboration et l'application de mesures de prévention pour que celles-ci puissent atteindre ceux auxquelles elles sont destinées.

64. Les solvants volatils (inhalants) ne sont pas soumis à des mesures de contrôle international, mais ils peuvent constituer une voie d'accès aux stupéfiants et aux substances psychotropes, en particulier chez les jeunes adolescents en situation particulièrement difficile, comme les enfants des rues. Au Royaume-Uni, par exemple, l'abus des solvants est une pratique que l'on rencontre pour l'essentiel chez les enfants de 12 à 17 ans, et surtout les 14-15 ans. Selon des estimations, la prévalence chez les adolescents de l'abus de substances volatiles depuis leur première expérience de la drogue se situe dans le monde entre 4 % et 24 %. La figure VIII montre les tendances de l'abus de solvants volatils (inhalants) tel qu'il a été signalé par région entre 1992 et 1995.

**Figure VIII. Tendances de l'abus de solvants volatils (inhalants) par région, 1992-1995**



Source : Questionnaires pour les rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

#### IV. RÉPONSES À L'ABUS DES DROGUES

##### A. Réponses générales : stratégies

65. Dans sa résolution 42/112 du 7 décembre 1987, l'Assemblée générale a demandé instamment aux gouvernements de prendre dûment en considération, lors de l'élaboration de programmes de lutte contre l'abus et le trafic illicite de drogues, le cadre fourni par le Schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues<sup>8</sup>. Au paragraphe 15 du Programme d'action mondiale adopté par l'Assemblée générale dans sa résolution S-17/2 du 23 février 1990 et annexé à cette résolution, l'Assemblée générale a prié

le Secrétariat d'adresser chaque année avant le 31 décembre un questionnaire succinct à tous les gouvernements, leur demandant de fournir des détails sur les mesures prises en vue d'atteindre les sept objectifs énoncés au chapitre I du Schéma multidisciplinaire complet en matière de collecte de données et d'activités de prévention. La Partie II révisée du questionnaire destiné aux rapports annuels introduite en 1992 porte sur ces points et contient des questions relatives aux sept objectifs de traitement énoncés dans le Schéma multidisciplinaire complet par la Commission des stupéfiants.

66. Le présent chapitre contient les réponses aux recommandations du Schéma multidisciplinaire complet, telles qu'elles ont été fournies par les gouvernements dans le questionnaire destiné aux rapports annuels. Ces réponses ne sont pas très détaillées, en partie peut-être parce que la responsabilité de la mise en œuvre des activités de réduction de la demande est souvent décentralisée au niveau local et que ces activités sont souvent entreprises aussi par la société civile. Un examen des réponses révèle néanmoins certaines tendances dans les différents pays en matière de prévention, de traitement et de réadaptation.

67. Le Schéma multidisciplinaire complet insiste fortement sur la nécessité d'adopter une approche équilibrée lorsque l'on aborde les questions de la demande, de l'offre et du trafic illicites. Autrement dit, il faut faire appel à de nombreux secteurs de la machine gouvernementale, ainsi qu'aux établissements d'enseignement supérieur, de recherche et à d'autres organismes universitaires et organisations du secteur privé.

68. Les renseignements obtenus par l'intermédiaire des questionnaires destinés aux rapports annuels montrent que de nombreux pays ont un organisme de coordination pour les questions liées à l'abus et au contrôle des drogues. Cela dit, l'existence d'une stratégie nationale clairement formulée de lutte contre la drogue abordant le problème de l'équilibre de l'offre et de la demande de drogue est loin d'être universelle. Même lorsqu'ils ont un organisme national de coordination, beaucoup de pays soulignent les difficultés de leur tâche, en raison des contraintes s'exerçant sur les ressources budgétaires et humaines.

## **B. Collecte des données**

69. Les objectifs 1 et 2 du Schéma multidisciplinaire complet traitent de l'incidence de l'abus des drogues et de l'organisation de systèmes généraux de collecte et d'évaluation des données. Le Schéma propose que les pays qui ne disposent pas des moyens voulus pour évaluer l'incidence de l'abus des drogues se dotent progressivement de ces moyens et que des programmes de formation soient élaborés à l'intention du personnel chargé de rassembler et d'analyser les données. Il recommande également que les pays organisent la collecte systématique de données sur les personnes qui abusent de drogues à partir des fichiers de la police, des services de l'état civil, des services d'urgence des hôpitaux, des centres de traitement des toxicomanes, des établissements et cliniques psychiatriques, des établissements pénitentiaires, des services de sécurité sociale et d'aide sociale, etc.

70. Sur les 90 pays qui ont répondu aux questionnaires destinés aux rapports annuels, 29 ont indiqué qu'ils avaient un système d'enregistrement ou une forme ou une autre de système central ou national de collecte des données sur l'abus des drogues. Quatorze sont des pays d'Europe occidentale et centrale, sept des pays d'Asie et cinq des pays de la région des Amériques. Deux pays du Proche et du Moyen-Orient et un pays d'Afrique ont déclaré avoir un tel système de données sur l'abus des drogues.

71. Les ressources et les moyens dont disposent les pays ayant un système de collecte des données au niveau national sont très variables. Certains ont un noyau de personnel travaillant sur ordinateur; d'autres manquent de ressources financières et de moyens de formation pour inculquer au personnel les connaissances de base nécessaires pour avoir un tel système. La plupart des pays ont souligné la nécessité d'améliorer la coordination entre les différents secteurs auprès desquels les données doivent être recueillies. Il y avait manifestement un manque de mise en commun des informations entre les différents organes chargés de rassembler des données sur l'abus des drogues et ceux qui détiennent différents éléments de données. Il en résulte que les systèmes nationaux existants contiennent des données incomplètes.

72. Les pays n'ayant pas de système national de collecte des données ont invoqué diverses raisons. Certains ont indiqué qu'ils n'avaient pas de problème d'abus des drogues. D'autres ont reconnu qu'ils avaient besoin d'un tel système, mais n'avaient pas les ressources nécessaires pour le mettre en place.

73. Un système national de collecte des données sur l'abus des drogues est un moyen de rassembler systématiquement les données souhaitées. Vingt-neuf pays ont déclaré réaliser des enquêtes périodiques ou ponctuelles pour compléter les lacunes existant dans les données ou essayer de compenser l'absence de système de collecte systématique. Au total, 13 pays d'Europe, 8 pays des Amériques, 4 pays du Proche et du Moyen-Orient, 3 pays d'Afrique et 1 pays d'Asie ont déclaré avoir mené des enquêtes à un moment ou à un autre.

74. Les autres études qui, par ordre de fréquence, venaient au deuxième rang, étaient des études qualitatives ou descriptives de l'abus des drogues, c'est-à-dire des études cherchant à décrire des attitudes personnelles ou des situations au lieu de se focaliser sur des chiffres ou des valeurs statistiques. Vingt pays au total ont déclaré avoir réalisé de telles études - 9 pays d'Europe, 6 des Amériques, 4 d'Afrique et 1 d'Asie. Des enquêtes sur le comportement de la population générale ou de la population cible ont été effectuées par 17 pays, dont 9 pays d'Europe, 4 des Amériques, 3 d'Afrique et 1 de la région du Proche et du Moyen-Orient.

75. Quatre pays, (2 en Europe, 1 dans les Amériques et 1 en Asie), ont déclaré avoir réalisé des études sur le coût économique de l'abus des drogues pour la société et pour l'individu.

### **C. Réponses au niveau de la prévention**

76. Les objectifs 3 à 7 du Schéma multidisciplinaire complet concernent la prévention. Le Schéma recommande entre autres que des programmes et des auxiliaires didactiques sur la prévention de l'abus des drogues soient mis au point à tous les niveaux de l'enseignement et insistent sur les avantages d'un mode de vie sain exempt de drogue. La formation et la motivation des enseignants sont considérées comme indispensables. Le Schéma recommande également que les autorités locales encouragent des activités de loisir exemptes de drogues, telles que les activités culturelles et le sport. Les groupements et associations, en particulier ceux qui s'intéressent directement aux jeunes, devraient diffuser des informations sur le danger de l'abus des drogues et les services de répression devraient, le cas échéant, participer aux activités d'information. Il est également recommandé que des organisations bénévoles soient priées de fournir des programmes d'éducation préventive, de consultation, d'orientation, de traitement et de réinsertion.

77. En ce qui concerne la prévention sur les lieux de travail, le Schéma multidisciplinaire complet propose que des stages de formation soient organisés pour les cadres, les planificateurs, etc., et que des mises en garde soient diffusées sur le lieu de travail contre le danger de l'abus des drogues. Les organisations d'employeurs et de travailleurs devraient mettre au point des programmes d'action conjoints tendant à dissuader de l'abus des drogues.

78. Le Schéma recommande en outre que des colloques et des réunions d'information soient organisés à l'intention du personnel des médias, en vue de l'amener à mieux connaître l'abus des drogues et que soit élaboré un code de conduite auquel il devrait se conformer lors de la présentation d'événements intéressant l'abus des drogues.

79. Sur la base des données fournies dans les questionnaires destinés aux rapports annuels, il apparaît que les activités scolaires, en particulier au niveau de l'enseignement secondaire, sont la forme de prévention la plus répandue dans le monde. Les méthodes consistent à mettre l'accent sur les facteurs qui peuvent conduire à la prise de drogue ou qui peuvent mettre les jeunes à l'abri de la consommation de drogues. Les activités de prévention menées dans les écoles comprennent des séminaires, des ateliers, des expositions, la distribution de documents imprimés, des présentations audiovisuelles, des concours de rédaction et des programmes de modèles de rôle. Très peu de rapports mentionnent les activités de loisir comme moyen de prévention, mais certains pays signalent à cet égard les sports et la musique.

80. Bien que l'on reconnaisse que les enfants des rues et les enfants abandonnant l'école sont les plus exposés au risque d'abus des drogues, quelques activités seulement, telles que la fourniture d'un abri ou la création de centres récréatifs, ont été signalées à l'intention de ces groupes cibles. Lorsqu'il existe des programmes pour les enfants des rues, ils s'accompagnent d'activités alternatives et de conseils. Pour les enfants ayant abandonné l'école, des programmes d'enseignement en dehors du cadre scolaire ont été mentionnés, de même que des programmes de réinsertion professionnelle et de consultation.

81. Les associations de parents et d'enseignants et les groupes d'entraide composés d'anciens toxicomanes ont de loin été les groupes civiques les plus actifs dans le domaine de la prévention de l'abus des drogues au niveau communautaire. Les services de répression collaborent parfois avec la société civile à de telles activités. Plusieurs pays ont fait état de programmes prenant la forme de conférences et de séminaires destinés à sensibiliser les parents et à leur faire prendre conscience du problème de l'abus des drogues. Parmi les autres thèmes abordés figuraient le rôle des parents et la prévention au sein de la famille. Les associations ont également été à l'origine d'activités de prévention visant les jeunes, telles que la formation à l'animation de groupes de jeunes, l'éducation préventive, les activités communautaires et les conseils par les pairs.

82. L'existence de programmes de prévention sur le lieu de travail est plus probable dans les grandes sociétés de plus de 500 personnes que dans les petites entreprises, et pourtant très peu de gouvernements en ont fait état, bien que l'on sache qu'il y a dans certains pays des programmes structurés de ce type. Les catégories de travailleurs identifiées par les pays comme étant fortement exposés au risque d'abus de drogues sont les chauffeurs de taxis, les camionneurs, les ouvriers du bâtiment, le personnel de l'industrie touristique, notamment dans les restaurants et les hôtels, les bars, les boîtes de nuit et les discothèques, les travailleurs étrangers et migrants, les mineurs, les hommes d'affaires, les femmes au foyer, les réfugiés, les travailleurs de l'industrie du sexe, les ouvriers d'usine, les poissonniers et les dockers.

83. En ce qui concerne le rôle des médias, les pays d'Afrique, des Amériques, d'Asie, d'Europe occidentale et du Proche et Moyen-Orient ont déclaré que les ministères, les professionnels de la santé et parfois les services de répression coopéraient de façon formelle ou informelle en fournissant des informations et en donnant des interviews à la radio ou à la télévision. Dans quelques cas, des entreprises privées et des organisations non gouvernementales, en Asie du Sud, en Amérique du Nord et au Proche et Moyen-Orient, collaborent avec les médias à des campagnes de prévention de l'abus des drogues.

#### **D. Réponses au niveau du traitement, de la réadaptation et de la réintégration sociale**

84. Le Schéma multidisciplinaire complet souligne qu'une politique de traitement doit couvrir les conseils, l'orientation, la motivation et le traitement, au sens médical du terme, la réadaptation et la réinsertion sociale pour aboutir, idéalement, au retour du toxicomane à une vie exempte de drogue. Une importance particulière est accordée aux aspects multidisciplinaires.

85. Les objectifs 29 à 33 et 35 portent sur les questions de traitement et de réadaptation, et l'objectif 34 sur les soins à dispenser aux toxicomanes délinquants dans le système judiciaire et pénitentiaire. Le Schéma propose que les autorités nationales envisagent, le cas échéant, de créer un organisme national qui coordonnerait et orienterait la mise au point et la bonne marche d'un programme national de traitement de la toxicomanie. Lorsqu'une politique de traitement a été adoptée, il faudrait faire l'inventaire des services de traitement existants de façon à pouvoir suivre les progrès accomplis. Le Schéma recommande également que l'on évalue l'efficacité des différentes méthodes de traitement. Les programmes devraient être individualisés et axés sur les véritables problèmes du toxicomane et, le cas échéant, y associer sa famille. Une formation devrait être prévue pour groupes spécifiques de professionnels, de volontaires et d'animateurs de collectivités. Il faudrait créer des centres de "transit" dans lesquels l'ancien toxicomane pourrait être formé à un mode de vie approprié. Les mouvements de jeunesse, les clubs sportifs et les organisations religieuses devraient apporter leur contribution à la réadaptation et à la réintégration sociale. Les autorités de santé publique devraient recueillir des données sur les différentes maladies contagieuses chez les toxicomanes, la transmission de ces maladies et les moyens

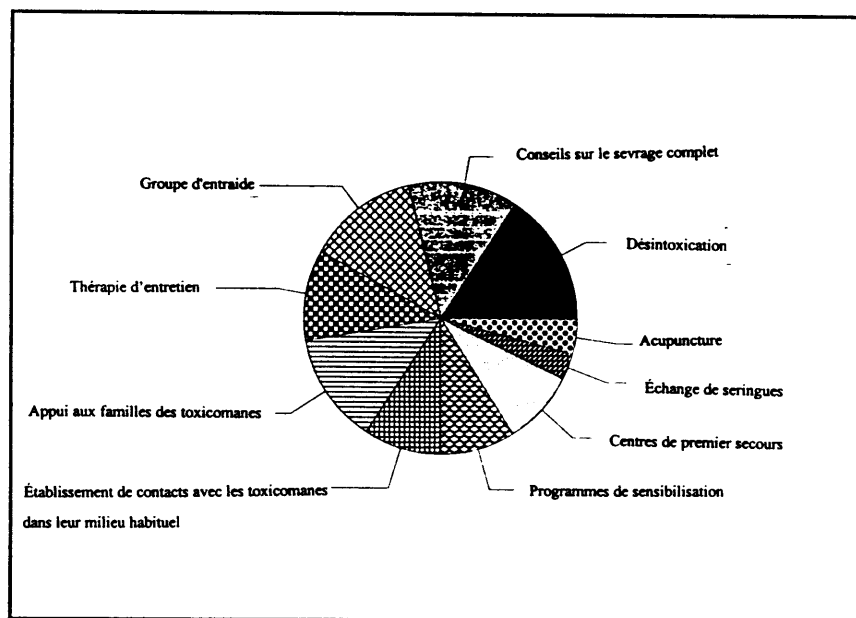
d'arrêter la transmission. Des experts devraient être invités à étudier les mesures prophylactiques possibles qui n'encourageraient ni ne faciliteraient l'abus des drogues.

86. La plupart des pays ayant répondu aux questionnaires destinés aux rapports annuels ont déclaré qu'ils n'avaient pas de politique de traitement cohérente. Le traitement de l'abus des drogues s'effectue dans des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux généraux et des centres de séjour. Certains pays ont des centres dispensant des soins de santé mentale ambulatoires, des centres de jour, des centres de crise ouverts 24 heures sur 24 et des centres de postcure. A côté du traitement de détoxification à l'aide de médicaments, certains pays appliquent des modèles de médecine traditionnelle. L'acupuncture est pratiquée dans certains pays d'Europe orientale et occidentale, en Asie, dans les Amériques et dans des services privés au Proche et au Moyen-Orient, ainsi que dans un pays d'Afrique. La figure IX montre la répartition des différents programmes de traitement existants, signalés par les gouvernements dans leurs réponses aux questionnaires destinés aux rapports annuels.

87. Bien qu'il y ait encore des communautés thérapeutiques dans certains pays, on observe de plus en plus, notamment en Europe méridionale, un abrègement de la durée des séjours, un plus grand professionnalisme, une individualisation du traitement et une importance accrue de l'aide aux individus pour qu'ils se préparent eux-mêmes à mener une vie indépendante après le traitement.

88. Des programmes de substitution ou d'entretien ont été signalés par les 28 pays suivants (sur 90) ayant répondu au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 1995 : Belgique, Canada, Colombie, Danemark, États-Unis, France, Grèce, Honduras, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Irlande, Israël, Italie, Jordanie, Lituanie, Luxembourg, Maurice, Norvège, Panama, Paraguay, Portugal, République dominicaine, République de Moldova, République tchèque, Royaume-Uni, Singapour et Suisse,

**Figure IX. Programmes de traitement existants**



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

89. Une enquête récente du PNUCID a identifié en plus les 21 autres États et territoires suivants qui ont un type ou un autre programme d'entretien : Allemagne, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Croatie, Espagne, Finlande, Guatemala, Hong-kong, Islande, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Malte, Mexique, Monaco, Maroc, Oman, Pays-Bas, Slovénie et Suède. Le médicament le plus fréquemment prescrit à des fins d'entretien était de loin la méthadone; les autres médicaments étant la buprénorphine, la codéine, la dihydrocodéine, l'héroïne, l'alpha-1 acétylméthadol (LAAM), la morphine et la péthidine.

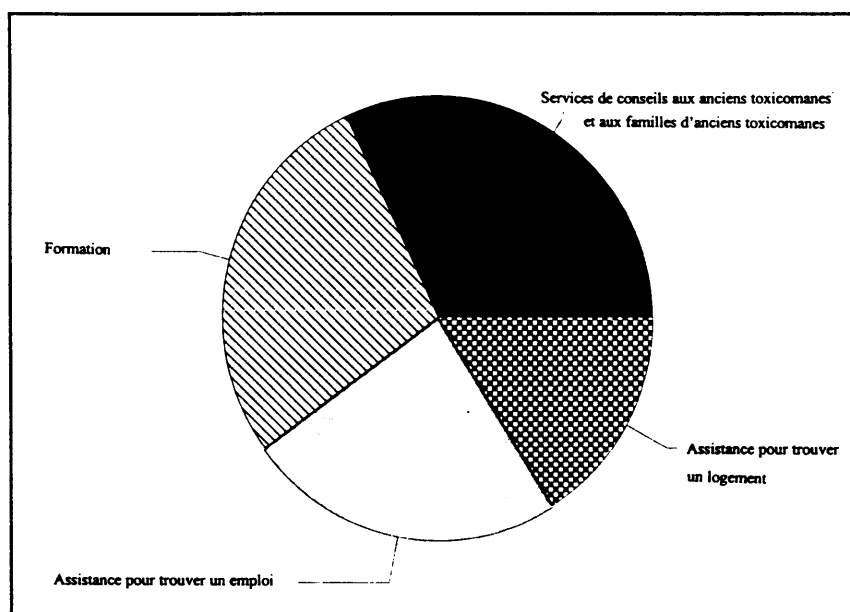


90. Les politiques visant à limiter la transmission des maladies contagieuses en fournissant un matériel d'injection propre diffèrent d'un pays à l'autre. Onze pays au total ont indiqué dans le questionnaire qu'ils avaient des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles - 7 en Europe, 2 dans la région des Amériques et 2 en Asie.

91. D'une façon générale, si l'on considère les renseignements reçus, la réinsertion sociale semble être l'aspect de la réduction de la demande dont on s'occupe le moins. Les interventions, dans les pays ayant déclaré avoir de tels programmes, peuvent être classées en quatre catégories, dans l'ordre des services disponibles : a) services de conseils aux anciens toxicomanes et aux familles d'anciens toxicomanes; b) formation; c) assistance pour trouver un emploi; et d) assistance pour trouver un logement. La figure X montre la répartition des différents programmes de réinsertion existants, d'après les réponses aux questionnaires.

92. En vertu des dispositions de la Convention unique sur les stupéfiants de 1953<sup>9</sup>, telle que modifiée par le Protocole de 1972<sup>10</sup> (art. 36, par. 1 b), et art. 38, par. 1) et de la Convention sur les substances psychotropes de 1971<sup>11</sup> (art. 20, par. 1 et art. 22, par. 1 b)), les parties devraient, au lieu de condamner les personnes utilisant de façon abusive des stupéfiants ou de prononcer une sanction pénale à leur encontre ou comme complément d'une condamnation ou d'une sanction pénale, envisager de soumettre ces personnes à des mesures de traitement, d'éducation, de postcure, de réadaptation et de réintégration sociale.

**Figure X. Programmes de réintégration sociale existants**



Source : Questionnaires destinés aux rapports annuels reçus par le Secrétaire général.

93. Il y a peu de programmes de réduction de la demande et l'aide au traitement pour les détenus ayant des problèmes liés à la drogue. Il n'y a guère non plus de programmes de formation pour le personnel de la justice pénale, des établissements correctionnels et des services de répression sur les comportements à adopter avec les personnes pharmacodépendantes. Il y a encore moins de mesures, procédures ou instructions explicites destinées à ce personnel.

## V. PROBLÈMES DE COLLECTE DES DONNÉES SUR L'ABUS DES DROGUES

94. La genèse du Système international d'évaluation de l'abus des drogues (IDAAS) remonte aux années 80. On estimait alors que les informations que les États Membres étaient tenus de communiquer aux Nations Unies pourraient être mieux utilisées. On avait également besoin d'informations de meilleure qualité. La question a été examinée à la Conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues qui s'est tenue à Vienne du 17 au 26 juin 1987, au cours de laquelle il a été convenu qu'il faudrait mettre au point des méthodes et instituer des systèmes permettant d'évaluer la prévalence et les tendances de l'abus des drogues sur une base comparable.

95. La question a également été soulevée au paragraphe 13 du Programme d'action mondial (annexe de la résolution S/17-2 de l'Assemblée générale) où il est dit que les États institueront et encourageront des systèmes nationaux permettant d'évaluer l'ampleur de la toxicomanie et de rassembler des données sur ses tendances. L'Assemblée générale a demandé à l'ancienne Division des stupéfiants de constituer une base de données concernant la nature et l'ampleur de l'abus des drogues sur le plan international.

96. L'IDAAS a été créé pour rassembler et analyser les données existantes. Il est donc tributaire des informations fournies par les gouvernements, soit dans les questionnaires destinés aux rapports annuels, soit dans des rapports supplémentaires présentant les résultats d'enquêtes et de recherches menées dans les pays. La Partie II de l'actuel questionnaire a été conçue spécifiquement pour le Système par un groupe d'experts internationaux et approuvée par la Commission des stupéfiants à sa trente-quatrième session, en mai 1991. Le taux de réponses a été décevant : au cours de la période 1992-1995 il n'a jamais dépassé 50 % et varie aussi selon les rubriques.

97. Il peut avoir à cela plusieurs raisons. L'aptitude des pays à recueillir des renseignements sur la situation de l'abus des drogues est variable. Beaucoup de pays n'ont tout simplement pas de système national de collecte des données sur l'abus des drogues, d'autres ont des systèmes statistiques ou des registres qui pourraient fournir des indicateurs indirects, mais ne font pas le travail de coordination nécessaire leur permettant d'établir un tableau cohérent de la situation.

98. Il est vrai aussi que le questionnaire lui-même est jugé compliqué et difficile à remplir. La Commission des stupéfiants l'a reconnu et, dans sa résolution 1994/3 du 20 juillet 1994, elle a demandé que soient examinés et intégrés, à l'aide de techniques modernes de présentation, tous les questionnaires figurant dans les rapports annuels afin d'y apporter les changements qui peuvent être nécessaires pour les rendre le plus satisfaisants possible et en faciliter l'utilisation. Un examen du questionnaire est actuellement effectué au sein du PNUCID par un groupe de travail créé afin de s'acquitter des tâches suivantes :

- a) Faire l'inventaire des besoins d'information à satisfaire par le questionnaire;
- b) Examiner si le questionnaire permet de satisfaire ces besoins;
- c) Examiner la présentation du questionnaire et sa division actuelle en parties et sections;
- d) Examiner la pertinence et la clarté des différentes questions posées et de la terminologie utilisée pour le contrôle des drogues;
- e) Faire des recommandations si nécessaire pour améliorer le système et obtenir des réponses plus nombreuses et des données de meilleure qualité.

99. La simplification du questionnaire destiné aux rapports annuels serait une mesure nécessaire mais insuffisante pour accroître la couverture et améliorer la qualité de l'IDAAS. Peu de pays ont des systèmes de surveillance leur permettant d'identifier les problèmes d'abus des drogues et de s'y attaquer avec efficacité. Pour remédier à cette situation, le PNUCID aide les pays à réaliser des évaluations rapides devant servir de point de

départ à des exercices de programmation. Depuis 1992, de telles études ont été effectuées au Bangladesh, en Bolivie, au Cameroun, au Chili, en Équateur, en Éthiopie, au Kenya, au Myanmar, au Népal, en République tchèque et au Viet Nam. La méthode d'évaluation rapide s'est révélée très utile à des fins de programmation, car elle permet d'obtenir un tableau assez complet de la situation en matière d'abus des drogues à un moment donné ainsi que des ressources effectives et potentielles à mettre en œuvre pour y faire face. Elle ne peut cependant pas remplacer un suivi systématique de la situation dans un pays donné.

100. Les objectifs 1 et 2 du Schéma multidisciplinaire complet recommandent que les pays qui ne l'ont pas encore fait mettent au point des systèmes d'évaluation de l'incidence de l'abus des drogues. Les études ou enquêtes répétées sont des moyens utiles mais souvent coûteux de suivre les tendances et les caractéristiques de l'abus des drogues. Un autre moyen consiste à s'appuyer sur des indicateurs fondés sur les statistiques régulières des services de santé, de protection sociale ou de répression.

101. Il faut, d'une part, que la création de capacités, dans ce domaine comme dans d'autres, tienne compte du contexte situationnel et soit conforme aux exigences institutionnelles et législatives au niveau national. Il faut d'autre part, dans l'élaboration de systèmes nationaux de suivi, tenir dûment compte de la question de la compatibilité des différents systèmes à l'intérieur d'un même pays et des systèmes de pays différents.

102. Il y a dans presque toutes les parties du monde des réseaux régionaux et nationaux d'épidémiologistes et de groupes de travail sur l'épidémiologie, comme le Groupe de travail asiatique, qui débattent des questions d'intérêt commun, organisent des formations et dans certains cas mettent au point des instruments de notification commune. Certains d'entre eux sont reliés au sein de l'International Substance Abuse Epidemiology Network.

103. Le Schéma multidisciplinaire complet recommande que les organisations régionales fassent des études comparatives des caractéristiques de l'abus des drogues dans leurs régions et mettent en place des programmes de formation pour ceux qui mènent des enquêtes épidémiologiques. Cette recommandation est de plus en plus suivie. Au niveau européen, la décision prise en 1981 par le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe de créer un groupe de travail d'experts en épidémiologie a été fondée sur la nécessité de disposer de données valides comparables à l'intérieur des pays d'Europe et entre les pays d'Europe afin de définir des politiques à suivre. Ce groupe a mis au point de nouveaux instruments de recherche et amélioré ceux qui existaient. Il a également mis en place un réseau de surveillance multivilles qui a fourni une base méthodologique commune pour la collecte, l'interclassement et l'évaluation des données sur l'abus des drogues au niveau des villes. Le PNUCID collabore avec le Groupe Pompidou en vue d'étendre le réseau à des villes d'Europe orientale et d'introduire les techniques participatives de création de données de la méthode d'évaluation rapide.

104. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, à Lisbonne, a été créé pour fournir aux États Membres de l'Union européenne et à la Commission européenne des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen au sujet des drogues, de la toxicomanie et de leurs conséquences. Afin d'améliorer la comparabilité et la qualité des données, l'Observatoire recommande la définition d'indicateurs clefs et de données de base. Les travaux commenceront par un examen approfondi de la comparabilité des définitions et des termes clefs au niveau européen. Un accord a été conclu entre le PNUCID et l'Observatoire en vue de renforcer la coordination entre les deux organismes de façon à accroître la rentabilité de la collecte des données et d'améliorer la comparabilité des données qu'ils recueillent.

105. Dans la région des Amériques, la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États américains a mis au point récemment un système statistique uniforme et un logiciel en vue de recueillir des informations provenant de différentes sources telles que les centres de traitement et les services d'urgence de la région. Un système de surveillance épidémiologique de l'abus des drogues a également été créé pour l'Amérique centrale. Des éléments du même système sont actuellement mis en œuvre dans certains pays d'Amérique latine.

106. L'IDAAS devrait être considérée comme un système complet pour lequel les apports venant des niveaux national, régional et international sont également importants. Si une partie du système est faible, l'ensemble du système s'en ressent. Pour qu'il fonctionne mieux, il faut agir aux trois niveaux.

## VI. QUESTIONS À EXAMINER PAR LA COMMISSION DES STUPÉFIANTS

107. Le présent rapport a identifié des problèmes liés au fonctionnement de l'IDAAS, qui est un système de compilation, d'analyse et de notification des données et informations existantes fournies par les gouvernements. Le taux de réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels est assez décevant. Il y a des lacunes dans les connaissances concernant certains points, tels que les estimations du nombre des cas d'abus journaliers, les données sur le traitement et les décès enregistrés. Il existe de nombreuses données épidémiologiques en plus de celles qui sont fournies par les gouvernements, mais leur qualité scientifique est variable et n'est pas toujours connue.

108. Outre les données épidémiologiques, le questionnaire destiné aux rapports annuels recueille des informations sur les activités de réduction de la demande en réponse aux recommandations du Schéma multidisciplinaire complet. Bien que, d'une façon générale, les conditions ne changent pas très souvent, les États Membres sont priés de répondre chaque année à des questions concernant la collecte des données, la prévention, le traitement et la réadaptation.

109. A la lumière de ce qui précède, la Commission des stupéfiants est invitée à donner son avis sur :

- a) L'utilisation d'autres sources d'information pour compléter celles qui figurent dans le questionnaire destiné aux rapports annuels;
- b) La fréquence des rapports sur la mise en oeuvre des objectifs du schéma multidisciplinaire complet.

### Notes

<sup>1</sup>*Bulletin mensuel de statistiques*, vol. L. n° 7 (juillet 1996).

<sup>2</sup>A. R. Moss et Coll., "HIV seroconversion in intravenous drug users in San Francisco, 1985-1990", *AIDS 1994*, vol. 8, p. 223 à 231.

<sup>3</sup>*AIDS 1994*, vol. 8, p. 1745 à 1756 et *HIV/AIDS Surveillance in Europe, 1996/2*.

<sup>4</sup>"Indicatives statistics on illicit drug production, trafficking and abuse in Viet Nam", Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, octobre 1996.

<sup>5</sup>*Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1996* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.97.XI.3), par. 216 et 333.

<sup>6</sup>"Women and drug abuse" (E/CN.6/1994/BP.1, février 1994) p. 10.

<sup>7</sup>États-Unis d'Amérique, Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*, vol. 1, "Secondary school students" (NIH Publication 96-4139), Washington, D.C., 1996, p. 112.

<sup>8</sup>Voir le *Rapport de la Conférence internationale sur l'abus et le trafic illicite des drogues, Vienne, 17-26 juin 1987* (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.87.I.18), chap. I, sect. A.

<sup>9</sup>Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 520, n° 7515.

<sup>10</sup>*Ibid.*, vol. 976, n° 14152.

<sup>11</sup>*Ibid.*, vol. 1019, n° 14956.