



## Conseil économique et social

Distr.: Générale  
18 décembre 2002

Français  
Original: Anglais

---

### **Commission des stupéfiants**

Quarante-sixième session

Vienne, 8-17 avril 2003

Points 3 et 11 de l'ordre du jour provisoire\*

**Suite donnée à la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale: vue d'ensemble et progrès accomplis par les gouvernements dans la réalisation des buts et objectifs pour les années 2003 et 2008 énoncés dans la Déclaration politique adoptée par l'Assemblée à sa vingtième session extraordinaire**

**Débat général dans le cadre du débat ministériel: évaluation des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la réalisation des buts et objectifs énoncés dans la Déclaration politique adoptée par l'Assemblée générale à sa vingtième session extraordinaire**

**Deuxième rapport biennal du Directeur exécutif sur la mise en œuvre des conclusions de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la lutte commune contre le problème mondial de la drogue**

**Rapport du Directeur exécutif**

**Additif**

**Plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues**

---

\* E/CN.7/2003/1.



## Table des matières

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction .....	1	4
II. L'engagement .....	2-9	4
III. Évaluation du problème .....	10-13	7
IV. Lutte contre le problème .....	14-25	9
A. Mesures de prévention .....	14-16	9
B. Traitement et réadaptation .....	17-23	12
C. Réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société ..	24-25	18
V. Établissement de partenariats .....	26	20
VI. Prise en compte des besoins particuliers .....	27-29	20
VII. Communication du message approprié .....	30	22
VIII. Mise à profit des enseignements tirés de l'expérience .....	31-33	22
IX. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'activités tendant à réduire la demande de drogues comme le prévoit le Plan d'action .....	34	23

## Tableaux

1. Participation des différents secteurs à l'élaboration et à l'application d'une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues: pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire biennal pour la période 2000-2002 qui ont donné une réponse positive .....	5
2. Participation des différents secteurs à l'élaboration et à l'application d'une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues: pourcentage des États ayant fourni des réponses positives pour les périodes 1998-2000 et 2000-2002 .....	6
3. Domaines dans lesquels des résultats de recherches ont été publiés ou des recherches ont été effectuées pendant les périodes considérées: pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire qui ont donné des réponses positives pour la période de référence (première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002); et pourcentage des États ayant fourni des réponses pour la période de référence qui ont donné des réponses positives pour la deuxième période .....	9
4. Niveau de couverture des activités de prévention et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): information et éducation sur les drogues et l'abus de drogues .....	10
5. Niveau de couverture des activités de prévention et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): développement des aptitudes à la vie .....	10

---

6.	Niveau de couverture des activités de prévention et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): activités de substitution à l'usage de la drogue . . . . .	11
7.	Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): désintoxication . . . . .	13
8.	Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): traitement (thérapie) de substitution, sans désintoxication à court terme . . . . .	14
9.	Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): traitement sans médicaments . . . . .	14
10.	Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): réinsertion sociale . . . . .	15
11.	Réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société: comparaison entre la période de référence (ou première période d'établissement des rapports (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002) . . . . .	18
12.	Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'activités tendant à réduire la demande de drogues comme le prévoit le Plan d'action durant la deuxième période (2000-2002) . . . . .	24

## I. Introduction

1. La section VIII du questionnaire biennal sur la réduction de la demande de drogues comprend sept rubriques, à savoir: politiques et stratégies (engagement), ressources en matière d'information (évaluation du problème), réponses (lutte contre le problème), méthodes de travail (établissement de partenariats), groupes de population particuliers ou vulnérables (prise en compte des besoins particuliers), information et éducation (communication du message approprié) et formation et coordination (mise à profit des enseignements tirés de l'expérience). Il y figure en outre une rubrique sur les obstacles rencontrés par les pays dans la mise en œuvre du Plan d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution 54/132, annexe, de l'Assemblée générale).

## II. L'engagement

2. Les questions sur l'engagement des États portent sur les politiques et stratégies adoptées par eux pour réduire la demande de drogues. Une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues s'avère importante pour coordonner les interventions et assurer de bonnes pratiques ainsi qu'une approche équilibrée en vue de mettre en œuvre les mesures visant à réduire tant la demande que l'offre qui sont énoncées dans la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3, annexe, de l'Assemblée générale). Une telle stratégie aide également à promouvoir les activités multisectorielles et les interventions au niveau des collectivités, comme le prévoit la Déclaration. C'est pourquoi il est demandé aux pays, dans la première question de la section VIII, s'ils ont une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues. Dans la très grande majorité des cas, cette question a fait l'objet de réponses positives. Parmi les 15 États qui ont renvoyé le questionnaire pour la période 2000-2002, 86 % ont indiqué qu'ils avaient une stratégie nationale. Si l'on compare les réponses fournies par les États pour la deuxième période (2000-2002) avec celles fournies pour la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000), on constate qu'une proportion plus forte d'États ont fait savoir qu'ils avaient une stratégie nationale de réduction de la demande (89 % pour la période 2000-2002 contre 84 % pour la période 1998-2000.)

3. La majorité des États (82 %) qui avaient une stratégie nationale ont également précisé, pour la période 2000-2002, dans une réponse supplémentaire que cette stratégie intégrait les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues. Cela donne à penser que dans leur planification stratégique nationale, les principes convenus en matière de bonnes pratiques sont pris en compte. Si l'on compare les réponses fournies par les pays ayant rempli les deux questionnaires, on constate qu'il y a eu une augmentation nette de la proportion d'États ayant fait savoir que leur stratégie nationale intégrait les principes directeurs (96 % pour la période 2000-2002 contre 68 % en 1998-2000). Par ailleurs, pour la période 2000-2002, 85 % des États ayant répondu ont précisé que leur stratégie nationale intégrait les questions de prévention, et ils ont été 81 %, 69 % et 76 %, respectivement, à préciser que leur stratégie nationale intégrait des mesures de traitement, des mesures visant à pallier les conséquences de la consommation et de l'abus des drogues sur le

plan de la santé et sur le plan social, ainsi que des initiatives en matière de collecte de données.

4. On peut en outre juger de la pertinence des stratégies nationales et de leur degré de conformité avec la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (qui soulignait que les programmes de réduction de la demande devaient reposer sur une évaluation régulière de la situation en matière de drogues) dans la mesure où la plupart des États (79 %) ayant une stratégie nationale de réduction de la demande ont indiqué que cette stratégie avait été élaborée après une évaluation de la nature du problème des drogues. Lorsque l'on compare les réponses des États à cette question pour les deux périodes, on observe que la proportion des États ayant évalué la nature de leur problème de drogues avant d'élaborer leur stratégie (84 % pour la période 2000-2002 contre 74 % pour la période 1998-2000) est nettement en hausse.

5. Presque tous les États (84 %) ayant une stratégie nationale de réduction de la demande ont également indiqué qu'ils disposaient d'une entité centrale chargée d'en coordonner l'application, 89 % précisant encore qu'ils avaient retenu une approche multisectorielle. Parmi les pays ayant répondu à ces deux questions pour les deux périodes, 84 % pour la période 1998-2000 et 88 % pour la période 2000-2002 disposaient d'une entité centrale chargée de coordonner l'application de la stratégie, et 87 % pour la période 1998-2000 et 92 % pour la période 2000-2002 avaient retenu une approche multisectorielle pour leur stratégie nationale de réduction de la demande de drogues.

6. Les données concernant la participation des organismes gouvernementaux et publics et autres organismes officiels aux niveaux national et local ainsi que celle des organismes de la société civile à l'élaboration et à l'application de la stratégie nationale de la réduction de la demande de drogues sont résumées dans le tableau 1, qui indique le pourcentage de réponses positives aux questions correspondantes.

Tableau 1

**Participation des différents secteurs à l'élaboration et à l'application d'une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues: pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire biennal pour la période 2000-2002 qui ont donné une réponse positive**

<i>Secteur</i>	<i>Participation à l'échelon national</i>	<i>Participation à l'échelon local</i>	<i>Participation des organismes de la société civile</i>
Santé	89	79	73
Services sociaux	81	71	71
Éducation	84	77	68
Services de répression	83	71	30
Justice	74	60	30
Services de l'emploi	50	44	32
Autres	30	22	19

7. Il ressort de ces données qu'il y a une très vaste coopération multisectorielle et interinstitutions. Il n'est guère surprenant qu'à l'échelon national comme à

l'échelon local, les services de santé soient les plus souvent mentionnés parmi les organismes qui participent à l'élaboration et à l'application d'une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues, de même que le système éducatif, les services de répression, les services sociaux et l'appareil judiciaire. Dans la moitié des États ayant répondu, les services de l'emploi participaient, à l'échelon national, à la formulation et à la mise en œuvre de la stratégie de réduction de la demande. La participation des organismes de la société civile (organisations non gouvernementales, etc.) était la plus fréquemment citée dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation. Cette contribution va dans le sens de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, qui fait référence à la nécessité d'établir des partenariats entre organismes gouvernementaux et organisations non gouvernementales.

8. Lorsqu'on compare les réponses des États aux questions ci-dessus pour les deux périodes considérées (voir tableau 2), on observe que si à l'échelon national et à l'échelon local et dans la société civile les services de santé sont les plus fréquemment cités comme participant à la formulation et à l'application de la stratégie nationale de réduction de la demande, pour la période 2000-2002, les États ont été proportionnellement plus nombreux à indiquer que tel était le cas à l'échelon local et dans la société civile. La participation accrue pour la période 2000-2002 de la société civile en particulier pour les services sociaux et celle des organismes à l'échelon national et à l'échelon local et dans la société civile pour le secteur de l'éducation méritent elles aussi d'être soulignées.

Tableau 2

**Participation des différents secteurs à l'élaboration et à l'application d'une stratégie nationale de réduction de la demande de drogues: pourcentage des États ayant fourni des réponses positives pour les périodes 1998-2000 et 2000-2002**

<i>Secteur</i>	<i>Participation à l'échelon national</i>		<i>Participation à l'échelon local</i>		<i>Participation des organismes de la société civile</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Santé	93	93	74	82	68	78
Services sociaux	85	84	71	72	63	76
Éducation	86	89	73	79	61	73
Services de répression	89	83	67	70	32	27
Justice	82	76	60	60	29	30
Services de l'emploi	53	54	44	45	35	34
Autres	46	33	27	24	19	23

9. Questionnés sur le point de savoir s'ils avaient un budget spécial pour appliquer leur stratégie nationale de réduction de la demande de drogues, les États ont été 68 % à indiquer que tel était le cas. Ils ont été 69 % à répondre qu'ils avaient un cadre d'évaluation et de présentation des résultats obtenus. Lorsqu'on compare les réponses fournies par les États pour la période de référence 1998-2000 et celles pour la deuxième période 2000-2002, il est intéressant de noter qu'un plus grand nombre d'États ayant une stratégie nationale ont indiqué qu'ils avaient un budget

spécial pour appliquer cette stratégie pour la période 2000-2002 (74 %) que pour la période 1998-2000 (60 %). Étant donné l'accent qui est mis, dans les principes directeurs, sur l'évaluation et sur l'adoption d'une approche fondée sur des données, on notera également que la proportion d'États dotés d'une stratégie nationale qui ont indiqué avoir un cadre d'évaluation et de présentation des résultats obtenus est passée de 69 % pour la période de référence (1998-2000) à 75 % pour la période 2000-2002.

### III. Évaluation du problème

10. Les questions posées dans le questionnaire biennal concernant l'évaluation visent à savoir s'il existe un programme national ou régional de recherche et un mécanisme d'évaluation, et quels sont leur niveau de qualité et leur étendue. En outre, les États peuvent indiquer les facteurs qui font obstacle à l'évaluation du problème de la drogue prévue par le Plan d'action. Depuis 1998, la proportion d'États ayant un programme national ou régional de recherche sur les drogues, la toxicomanie et la réduction de la demande de drogues est restée stable au cours des deux périodes considérées. Pour la période de référence (1998-2000), comme pour la deuxième période (2000-2002), 62 % des États ont indiqué avoir un programme de recherche. Ils ont été 82 % à faire savoir qu'ils avaient, durant la période 2000-2002, un mécanisme de surveillance permanente, contre 61 % pour la période 1998-2000.

11. En ce qui concerne les éléments sur lesquels s'appuie leur mécanisme d'évaluation, plus de la moitié des 115 États qui ont renvoyé le deuxième questionnaire ont dit qu'il y avait des évaluations de la prévalence (65 %), des enquêtes menées dans les établissements scolaires (65 %) et un système de notification des traitements (59 %) aux fins de l'évaluation de l'abus de drogues. Cinquante-trois pour cent d'entre eux ont fait savoir qu'ils surveillaient l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et 47 % les décès liés à la drogue. En ce qui concerne les autres éléments mentionnés, la Grèce et les Pays-Bas ont indiqué qu'ils avaient procédé à des enquêtes auprès de la population en général, des enquêtes du même type étant prévues prochainement en Autriche et en Irlande. L'Italie disposait, comme mesure de contrôle à l'échelon national, d'un système d'alerte précoce pour contrôler rapidement les nouvelles drogues identifiées. Au Mexique, il était procédé à des études qualitatives et quantitatives parmi divers sous-groupes à risque, comme les détenues de sexe féminin et les enfants des rues. Il n'est pas possible de dégager des conclusions concernant les tendances pour les mécanismes d'évaluation disponibles, car la question correspondante a été insérée dans la version révisée du questionnaire biennal utilisée pour la deuxième période considérée.

12. Une question relative à l'évaluation du niveau de qualité des informations disponibles sur les habitudes et les tendances en matière de drogues a été insérée dans la version révisée du questionnaire biennal. Un peu moins d'un tiers (30 %) des pays ayant renvoyé le questionnaire considéraient que le niveau de qualité de leurs informations était bon, et la moitié (51 %) le jugeaient moyen. Douze pour cent seulement le jugeaient médiocre. Si près d'un quart des pays d'Afrique et des Amériques ayant renvoyé le questionnaire donnaient la note supérieure (23 % et 24 %, respectivement) aux informations disponibles à l'échelon national sur l'abus

de drogues, en Europe, la même réponse était fournie par la moitié (50 %) des États. Il existait des écarts importants entre les États en ce qui concernait leur capacité d'entreprendre des travaux de recherche, tant en termes d'intensité que d'ampleur. En Australie, par exemple, il existe aux fins de la stratégie nationale antidrogue des centres de recherche spéciaux qui permettent de mener des travaux de recherche fondamentale, les priorités en la matière étant négociées centre par centre. D'autres États, comme Chypre, ont fait savoir que les initiatives nationales en matière de recherche étaient de portée très limitée et inadéquates du point de vue méthodologique.

13. Les tendances en ce qui concerne les domaines dans lesquels des travaux de recherche sont effectués sont présentées dans le tableau 3. Elles font apparaître en particulier des améliorations dans les domaines où des travaux de recherche avaient déjà été signalés par de nombreux États pour la première période de référence, y compris la prévention, le traitement, l'épidémiologie et la sociologie. En ce qui concerne la fréquence des activités menées dans les autres domaines de recherche, la tendance restait relativement stable dans la deuxième période par rapport à la première. Lorsque sont pris en compte dans l'analyse tous les États ayant renvoyé le deuxième questionnaire, les principaux domaines de recherche apparaissent fondamentalement identiques. En outre, 39 % des États ayant renvoyé le questionnaire faisaient savoir que des travaux de recherche étaient actuellement menés dans le domaine de la prévention de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Cela était encourageant, dans la mesure où ces travaux devraient fournir les données nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des interventions efficaces. Toutefois, comme le domaine de la prévention de l'infection par le VIH n'était pas inclus dans le questionnaire initial, il est impossible de dégager des conclusions en ce qui concerne une quelconque tendance à cet égard.



Tableau 3

**Domaines dans lesquels des résultats de recherches ont été publiés ou des recherches ont été effectuées pendant les périodes considérées: pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire qui ont donné des réponses positives pour la période de référence (première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002); et pourcentage des États ayant fourni des réponses pour la période de référence qui ont donné des réponses positives pour la deuxième période**

<i>Domaine</i>	<i>Pourcentage ayant donné des réponses positives pour la période de référence (première période d'établissement des rapports) (1998-2000) (n = 109)</i>	<i>Pourcentage ayant fourni des réponses pour la période de référence qui ont donné des réponses positives pour la deuxième période (n = 89)</i>	<i>Pourcentage ayant donné des réponses positives pour la deuxième période (2000-2002) (n = 115)</i>
Biochimie	22	23	17
Pharmacologie	32	30	25
Sociologie	46	54	46
Épidémiologie	58	63	55
Prévention	61	67	62
Traitement	58	66	58
Politique générale en matière de drogues	43	42	38
Analyse des coûts	21	20	17
Prévention de l'infection par le VIH	<sup>a</sup>	<sup>a</sup>	39

<sup>a</sup> Ce domaine n'apparaissait pas dans le questionnaire pour la période de référence.

## IV. Lutte contre le problème

### A. Mesures de prévention

14. Dans le questionnaire biennal, les activités en matière de prévention sont réparties en trois grands domaines: information et éducation sur les drogues et l'abus de drogues; développement des aptitudes à la vie; et activités de substitution à l'usage de la drogue. Il est aussi demandé aux États d'indiquer l'étendue des activités dans le cadre de différentes structures. Il ressort des réponses que les activités de prévention sont pour l'essentiel menées en milieu scolaire et consistent à fournir des informations. Il faut néanmoins tenir compte du fait que les activités de développement des aptitudes à la vie et de substitution à l'usage de la drogue sont plutôt ciblées sur des groupes de population particuliers jugés à risque, et qu'elles ne sont pas nécessairement considérées comme utiles pour la population en général. Aussi, ces activités sont parfois plus complexes et plus coûteuses à mettre en œuvre que de simples activités d'information. Ces facteurs expliquent sans doute en partie pourquoi, parmi les mesures de prévention mentionnées, il est le plus souvent fait état d'activités d'information et d'éducation sur les drogues. On trouvera dans les tableaux 4 à 6 une analyse des tendances en ce qui concerne les activités de prévention pour les deux périodes considérées (1998-2000 et 2000-2002).

Tableau 4  
**Niveau de couverture des activités de prévention et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): information et éducation sur les drogues et l'abus de drogues**

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexes/spécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Écoles	27	15	68	70	33	32	43	38
Collectivité	34	24	51	50	33	26	39	30
Lieu de travail	50	38	17	16	32	14	31	14
Système pénitentiaire	42	23	32	39	35	34	26	28
Centres de santé	32	18	40	51	34	30	38	30

*Note:* La catégorie "Faible" correspond à la catégorie "Programme isolé" et la catégorie "Moyen ou élevé" à la catégorie "Programme relativement étendu" du questionnaire pour la période de référence.

Tableau 5  
**Niveau de couverture des activités de prévention et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): développement des aptitudes à la vie**

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexes/spécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Écoles	28	11	49	60	40	20	38	35
Collectivité	39	16	31	39	34	20	28	30
Lieu de travail	37	16	10	12	41	12	25	24
Système pénitentiaire	30	12	27	33	37	30	24	33
Centres de santé	30	12	29	29	34	30	28	38

*Note:* La catégorie "Faible" correspond à la catégorie "Programme isolé" et la catégorie "Moyen ou élevé" à la catégorie "Programme relativement étendu" du questionnaire pour la période de référence.

Tableau 6

**Niveau de couverture des activités de prévention et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): activités de substitution à l'usage de la drogue**

Structure	Niveau de couverture du groupe cible				Exécution du programme			
	(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)				(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)			
	Faible		Moyen ou élevé		Prise en compte des sexospécificités		Évaluation des résultats	
	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002
Écoles	22	16	48	43	37	23	34	23
Collectivité	28	20	35	35	35	24	29	24
Lieu de travail	31	10	9	12	27	18	25	23
Système pénitentiaire	28	16	23	25	43	33	29	25
Centres de santé	25	10	24	26	42	26	34	31

*Note:* La catégorie "Faible" correspond à la catégorie "Programme isolé" et la catégorie "Moyen ou élevé" à la catégorie "Programme relativement étendu" du questionnaire pour la période de référence.

15. Parmi les États qui ont renvoyé le questionnaire biennal, 66 % ont fait savoir qu'ils appliquaient des programmes d'éducation sur les drogues en milieu scolaire avec un niveau de couverture moyen ou élevé du groupe cible. Parmi les autres structures qui permettaient d'assurer une information et une éducation sur les drogues avec un niveau de couverture moyen ou élevé du groupe cible, on a mentionné les centres de santé (46 %) et la collectivité (44 %). Il a été relativement peu fait référence au système pénitentiaire (35 %) et au lieu de travail (13 %). Parmi les pays qui avaient renvoyé le questionnaire pour la période de référence et pour la deuxième période, les chiffres étaient en légère progression en ce qui concerne les programmes avec un niveau de couverture moyen ou élevé en milieu scolaire (de 68 % à 70 %), dans le cadre des centres de santé (de 40 % à 51 %) et dans le cadre du système pénitentiaire (de 32 % à 39 %). Comme il ressortait des réponses données pour la période de référence, environ un tiers des programmes mentionnés (à l'exception de ceux entrepris sur le lieu de travail) prenaient apparemment en compte les sexospécificités, encore que les critères sur lesquels repose une telle appréciation restent peu clairs et puissent éventuellement mériter dans l'avenir un examen plus approfondi. C'était également dans le cas des programmes d'éducation sur les drogues menés dans les écoles qu'il était le plus souvent procédé à une évaluation des résultats (37 %); mais de façon globale et tout spécialement par rapport à la période précédente, le pourcentage des programmes faisant l'objet d'une évaluation menés dans l'ensemble des structures considérées était en net recul.

16. Par développement des aptitudes à la vie, on entend en l'occurrence toutes sortes d'activités visant à renforcer les aptitudes sociales de l'individu et sa capacité de faire face à des situations afin de l'aider à ne pas céder à la tentation de la drogue et à éviter les problèmes de drogues. Le plus souvent, les programmes de développement des aptitudes à la vie étaient apparemment entrepris en milieu

scolaire. Pareilles activités sont parfois considérées comme particulièrement utiles pour des groupes de population vulnérables ou à haut risque. Ainsi, 30 % des États ayant renvoyé le questionnaire ont déclaré mettre en œuvre des programmes étendus de ce type, en particulier en milieu pénitentiaire. Le lieu de travail était encore une fois le cadre dans lequel ces activités étaient le moins souvent menées. Par rapport à la période de référence (voir tableau 5), le nombre des pays ayant fait état de programmes étendus dans les écoles, dans la collectivité et en milieu pénitentiaire était en hausse notable. Les programmes prenant en compte les sexes étaient moins nombreux. Il était par contre plus systématiquement procédé à une évaluation, et on observe à cet égard une certaine progression par rapport à la période de référence. Cela est probablement dû au fait que ces types de programmes sont plus intensifs et qu'en conséquence les ressources humaines et financières requises pour procéder à leur évaluation sont plus volontiers disponibles. Il ressort du tableau 6 qu'en ce qui concerne les activités de substitution à l'usage de la drogue, il y a eu une légère progression du niveau de couverture des programmes menés sur le lieu de travail, en milieu pénitentiaire et dans les centres de santé. Ces programmes privilégient les activités positives et la formation pour remplacer l'usage de la drogue dans la vie de l'individu. Cette approche est elle aussi considérée en général comme particulièrement bien adaptée aux jeunes ou aux personnes censées être plus exposées aux problèmes de drogues.

## **B. Traitement et réadaptation**

17. Le traitement et la réadaptation des personnes qui abusent des drogues et de celles qui en sont dépendantes représentent manifestement un aspect important des activités de réduction de la demande. On peut et on doit attendre des programmes de traitement de l'abus de drogues qu'ils améliorent l'état de santé des patients et leur situation sur le plan social, et il existe des moyens d'organiser et d'exécuter ces activités de manière à parvenir à ces résultats avec un bon rapport coût-efficacité. Mais il est difficile de considérer globalement les services de traitement et de réadaptation, car les activités et les structures varient suivant les pays. Dans le questionnaire, les services de traitement et de réadaptation sont regroupés sous les rubriques suivantes: désintoxication, traitement de substitution, traitement sans médicaments et réinsertion sociale. Les données correspondantes sont présentées dans les tableaux 7 à 10 ci-dessous.

18. La désintoxication est le traitement le plus couramment utilisé en cas d'abus de drogues et de dépendance à la drogue. Si elle est utilisée isolément, on peut difficilement en attendre qu'elle permette une guérison durable, et on la considère donc plutôt comme la première étape d'un traitement suivi visant à maintenir l'abstinence et à promouvoir la réadaptation. Le terme de désintoxication peut recouvrir des procédures très diverses et les méthodes de désintoxication peuvent varier en fonction du type de drogue et d'un pays à un autre. Il ne faut donc pas partir du principe que les réponses données décrivent des services similaires. Cette observation vaut particulièrement pour l'emploi de médicaments de sevrage, où les pratiques varient considérablement, allant de la phytothérapie à la prescription d'opiacés. Durant la période considérée, ces services ont été le plus souvent fournis dans les établissements spécialisés, dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques et dans les services de traitement spécialisé sans placement en établissement, dans cet

ordre. Dans un État sur deux environ, les services de désintoxication en établissement avaient un niveau de couverture moyen à élevé, et dans un sur trois les services de traitement sans placement en établissement ont un niveau de couverture relativement élevé, ce qui est également le cas, dans un pays sur quatre, pour les services assurés dans les établissements pénitentiaires. Dans un État sur trois ou quatre, les sexospécificités étaient prises en compte, en particulier dans le cadre des programmes menés dans les établissements pénitentiaires, les services sociaux et les services de traitement spécialisé en établissement. Les résultats des programmes de désintoxication avaient fait l'objet d'une évaluation dans un sur trois à un sur cinq des pays ayant répondu, en fonction du cadre dans lequel les services correspondants étaient fournis, tel était le cas en particulier des programmes assurés par les services sociaux ou les services de traitement spécialisé de la toxicomanie en établissement ou sans placement en établissement.

Tableau 7

**Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): désintoxication**

Structure	Niveau de couverture du groupe cible (Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)				Exécution du programme (Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)			
	Faible		Moyen ou élevé		Prise en compte des sexospécificités		Évaluation des résultats	
	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002
Hôpitaux généraux et psychiatriques	34	28	52	48	34	31	43	22
Services de soins de santé primaires et autres services sanitaires	47	23	18	25	30	27	31	27
Établissements pénitentiaires	39	19	20	28	38	37	20	28
Communautés thérapeutiques	25	7	17	18	38	26	29	22
Traitement spécialisé de la toxicomanie (en établissement)	16	15	57	55	41	35	47	30
Traitement spécialisé de la toxicomanie (sans placement en établissement)	29	16	43	38	35	29	43	29
Services sociaux	25	7	18	12	32	42	28	26

*Note:* La catégorie "Faible" correspond à la catégorie "Programme isolé" et la catégorie "Moyen ou élevé" à la catégorie "Programme relativement étendu" du questionnaire pour la période de référence.

**Tableau 8**  
**Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et**  
**exécution des programmes durant la période de référence (ou première période**  
**d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002):**  
**traitement (thérapie) de substitution, sans désintoxication à court terme**

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexospécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Hôpitaux généraux et psychiatriques	26	17	18	26	33	29	40	34
Services de soins de santé primaires et autres services sanitaires	19	8	18	20	34	23	41	31
Établissements pénitentiaires	17	6	14	25	41	33	24	44
Traitement spécialisé de la toxicomanie (en établissement)	28	11	23	29	36	36	38	36
Traitement spécialisé de la toxicomanie (sans placement en établissement)	17	10	42	31	33	33	48	49
Services sociaux	9	3	15	9	50	58	38	42

*Note:* La catégorie "Faible" correspond à la catégorie "Programme isolé" et la catégorie "Moyen ou élevé" à la catégorie "Programme relativement étendu" du questionnaire pour la période de référence.

**Tableau 9**  
**Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et**  
**exécution des programmes durant la période de référence (ou première période**  
**d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002):**  
**traitement sans médicaments**

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexospécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Hôpitaux généraux et psychiatriques	28	21	17	23	27	23	42	25
Services de soins de santé primaires et autres services sanitaires	29	7	17	25	26	24	26	28

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexospécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Établissements pénitentiaires	25	19	24	33	40	31	38	35
Traitement spécialisé de la toxicomanie (en établissement)	18	15	46	52	40	40	49	37
Traitement spécialisé de la toxicomanie (sans placement en établissement)	21	11	46	45	32	37	48	42
Services sociaux	24	11	16	18	27	30	32	23

*Note:* La catégorie “Faible” correspond à la catégorie “Programme isolé” et la catégorie “Moyen ou élevé” à la catégorie “Programme relativement étendu” du questionnaire pour la période de référence.

**Tableau 10**  
**Niveau de couverture dans les domaines du traitement et de la réadaptation et exécution des programmes durant la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002): réinsertion sociale**

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexospécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Hôpitaux généraux et psychiatriques	34	20	18	13	42	34	35	22
Services de soins de santé primaires et autres services sanitaires	35	15	8	13	34	37	26	22
Établissements pénitentiaires	33	15	24	30	31	31	27	18
Traitement spécialisé de la toxicomanie (en établissement)	21	12	43	44	35	28	41	24
Traitement spécialisé de la toxicomanie (sans placement en établissement)	26	17	37	36	41	19	50	33
Services sociaux	27	10	27	33	34	23	31	23

*Note:* La catégorie “Faible” correspond à la catégorie “Programme isolé” et la catégorie “Moyen ou élevé” à la catégorie “Programme relativement étendu” du questionnaire pour la période de référence.

19. Il est largement recouru aux thérapies de substitution contre la dépendance aux opiacés (“traitement de substitution de la dépendance aux opiacés”, “thérapie de remplacement de la dépendance aux opiacés”, “pharmacothérapie de la dépendance aux opiacés”). Par souci de clarté, sont exclues de la question les thérapies de désintoxication à court terme. De même que le questionnaire pour la période de référence, le questionnaire pour la deuxième période fournissait sur les thérapies de substitution des données qui étaient similaires en gros à celles obtenues concernant la désintoxication, mais avec un niveau de couverture plutôt inférieur. Il ressortait qu’un traitement de substitution était assez largement assuré dans les hôpitaux généraux et psychiatriques et les services de traitement spécialisé de la toxicomanie en établissement ou en traitement ambulatoire (un sur quatre des pays ayant répondu), alors que le niveau de couverture des programmes correspondants dans les établissements pénitentiaires et les services de soins de santé primaires était moyen ou élevé dans un État sur cinq. Là encore, les sexospécificités étaient surtout prises en compte dans les programmes assurés par les services sociaux (50 % des répondants), suivis par les services de traitement spécialisé (en établissement ou sans placement en établissement) (environ un État sur trois). Un sur deux environ des États ayant répondu a déclaré que les programmes assurés dans le cadre des services sociaux, des services de traitement spécialisé (en établissement et sans placement en établissement) et des établissements pénitentiaires faisaient l’objet d’une évaluation.

20. Les stratégies de traitement et de réadaptation sans médicaments incluaient des mesures très diverses: thérapie et conseil individuel ou en groupe, médecine ayurvédique, acupuncture, participation à des groupes d’entraide pour assurer un soutien suivi de l’abstinence (ou toute combinaison de ces mesures) en établissement ou en traitement ambulatoire. Les réponses fournies en ce qui concerne les traitements sans médicaments sont un peu différentes de celles communiquées concernant les services de désintoxication et les thérapies de substitution. La plupart des formes de traitement sans médicaments semblent être assurées par les services de traitement spécialisé (en établissement ou en traitement ambulatoire) (deux États sur cinq), ainsi que dans les établissements pénitentiaires (un État sur quatre), et moins souvent dans les hôpitaux et les services de soins de santé primaires. Plusieurs États (Allemagne, Haïti, Mexique, Palaos, par exemple) ont fait savoir que ces formes de traitement étaient notamment assurées par des groupes d’entraide. Par ailleurs, El Salvador a mentionné la contribution des services de psychothérapie et de thérapie de groupe, et l’Australie a souligné la diversité des services offerts. Les sexospécificités étaient plus systématiquement prises en compte dans les services de traitement spécialisé en établissement (deux États sur cinq), cette proportion étant de un sur trois pour les services de traitement spécialisé sans placement en établissement et les services fournis dans les établissements pénitentiaires. C’était dans les services de traitement spécialisé de la toxicomanie (en établissement ou non) et les services assurés dans les établissements pénitentiaires qu’il était le plus souvent procédé à des évaluations (deux répondants sur cinq).

21. L’objectif ultime des programmes de traitement et de réadaptation est la réinsertion, à terme, de l’ex-toxicomane dans la société. Pour arriver à ce résultat, il faut des efforts à tous les niveaux de la société, au sein de la famille, dans la communauté, sur le lieu de travail et dans le cadre de l’enseignement (tant structuré que non structuré), complétés par des mesures d’ordre politique et législatif. Il



ressort des réponses que des services de réinsertion sociale étaient surtout offerts dans le cadre du traitement spécialisé de la toxicomanie en établissement ou sans placement en établissement (un État sur trois environ faisait état d'un niveau de couverture moyen ou élevé), devant les services sociaux et les établissements pénitentiaires (un pays sur quatre). Parmi les initiatives spécifiques mentionnées par certains États Membres, on peut citer celles des services d'aide à l'emploi (Autriche et Grèce), des organisations non gouvernementales et des associations de jeunes (El Salvador et Mexique) et des foyers de réinsertion (Singapour). Bien que les services de soins de santé primaires ne soient pas une structure courante pour exécuter des programmes de réinsertion, deux pays sur trois indiquaient que ces services s'attachaient à assurer une réinsertion prenant en compte les sexospécificités, devant les communautés thérapeutiques et les hôpitaux généraux (un pays sur trois). En ce qui concerne l'évaluation des services de réinsertion sociale dans le cadre des différentes structures, dans un État sur trois, les services de traitement spécialisé sans placement en établissement étaient évalués, de même que dans un État sur six les communautés thérapeutiques.

22. Plusieurs États ont mentionné des services ou des structures autres que ceux expressément prévus dans le questionnaire, notamment: interventions ponctuelles auprès de la population en général (Australie), travail avec les enfants des rues par le biais de communautés thérapeutiques (Chili), acupuncture, yoga et naturopathie (Inde), services de consultation assurés par des agents des services antidrogue (Japon et Zambie), société civile et ONG (Mozambique), approches communautaires (Myanmar), thérapie dans un cadre confessionnel ou religieux (Arabie saoudite, États-Unis, Palaos, Thaïlande et Venezuela), naltrexone (Singapour), travail de proximité (Sri Lanka), promotion de la santé (Swaziland), centre antipoison (Tunisie) et cliniques privées (Ouzbékistan).

23. Lorsque l'on compare l'ensemble des services offerts en matière de traitement et de réadaptation durant la période de référence (1998-2000) et durant la deuxième période considérée (2000-2002), on observe globalement une diminution de la proportion de pays ayant des programmes de traitement. Par contre, il y avait un accroissement dans l'absolu de la proportion de pays où des programmes de traitement sans médicaments étaient assurés dans les établissements pénitentiaires et les services de traitement spécialisé en établissement. Malgré la diminution globale apparente des services fournis, le pourcentage des pays ayant fait état d'un niveau de couverture moyen ou élevé de certains services, comme les programmes de désintoxication assurés dans les services de soins de santé primaires, les établissements pénitentiaires et les communautés thérapeutiques, était en augmentation, de même que pour les traitements de substitution assurés par les hôpitaux généraux et psychiatriques, par les établissements pénitentiaires et par les services de traitement spécialisé en établissement; pour les traitements sans médicaments assurés dans le cadre des services de soins de santé primaires, des établissements pénitentiaires, des services de traitement spécialisé en établissement et des services sociaux; et pour les programmes de réinsertion assurés par les services de soins de santé primaires, les établissements pénitentiaires, les services de traitement spécialisé en établissement et les services sociaux. Globalement, les pays ont également été moins nombreux à indiquer que les sexospécificités étaient prises en compte dans l'ensemble des programmes assurés dans l'ensemble des structures, à l'exception des services sociaux, des traitements sans médicaments assurés dans les services spécialisés sans placement en établissement, ainsi que des

programmes de réinsertion sociale assurés dans les services de soins de santé primaires. En matière d'évaluation, il ressortait des réponses qu'il y avait été globalement moins souvent procédé pour les services de traitement, sauf pour différentes modalités de traitement offertes dans le cadre des établissements pénitentiaires et pour le traitement de substitution dans différentes structures, où les activités d'évaluation étaient en progression.

### C. Réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société

24. Dans le questionnaire biennal, il est également demandé si des dispositions sont prises pour réduire les effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société. Le tableau 11 présente une analyse de tendances fondée sur les informations communiquées par les États pour la période 1998-2000 et pour la période 2000-2002. Parmi les États ayant rempli le questionnaire pour les deux périodes biennales, le niveau de couverture des services avait tendance à passer de "Faible" à "Moyen ou élevé" pour les programmes de prévention des surdoses, d'échange de seringues et d'aiguilles, de fourniture de produits désinfectants, de dépistage des maladies infectieuses et de distribution de préservatifs. Par ailleurs, dans toutes les structures, la prise en compte des "sexospécificités" dans les programmes était en recul. Les États ont également été moins nombreux à indiquer qu'ils évaluaient les résultats de leurs programmes à seuil bas d'exigence et de leurs programmes de sensibilisation, d'échange de seringues et d'aiguilles, de dépistage des maladies infectieuses et de vaccination. En revanche, les programmes d'hébergement d'urgence ont été davantage évalués durant la période 2000-2002, la proportion d'États ayant procédé à une évaluation de leurs programmes de prévention des surdoses, d'information sur les règles de sécurité et de fourniture de produits désinfectants restant à peu près équivalente pour les deux périodes.

Tableau 11

**Réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société: comparaison entre la période de référence (ou première période d'établissement des rapports (1998-2000) et la deuxième période (2000-2002)**

Structure	Niveau de couverture du groupe cible (Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)				Exécution du programme (Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)			
	Faible		Moyen ou élevé		Prise en compte des sexospécificités		Évaluation des résultats	
	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002	1998-2000	2000-2002
Programme à seuil bas d'exigence	36	21	27	26	32	21	38	26
Programme de sensibilisation	23	17	43	38	32	19	39	30
Programme d'hébergement d'urgence	27	12	17	17	33	25	27	36

<i>Structure</i>	<i>Niveau de couverture du groupe cible</i>				<i>Exécution du programme</i>			
	<i>(Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire)</i>				<i>(Pourcentage des États ayant indiqué avoir un programme)</i>			
	<i>Faible</i>		<i>Moyen ou élevé</i>		<i>Prise en compte des sexes/spécificités</i>		<i>Évaluation des résultats</i>	
	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>	<i>1998-2000</i>	<i>2000-2002</i>
Programme de prévention des surdoses	17	11	11	18	23	14	29	28
Programme d'information sur les règles de sécurité	20	12	35	33	23	13	23	24
Programme d'échange de seringues et d'aiguilles	22	11	20	29	24	18	46	26
Programme de fourniture de produits désinfectants	18	8	11	17	28	12	25	27
Programme de dépistage des maladies infectieuses	25	12	37	42	27	14	31	16
Programme de vaccination	17	11	29	29	24	16	30	19
Programme de distribution de préservatifs	30	12	34	40	30	18	23	18

*Note:* La catégorie "Faible" correspond à la catégorie "Programme isolé" et la catégorie "Moyen ou élevé" à la catégorie "Programme relativement étendu" du questionnaire pour la période de référence.

25. En plus de l'analyse des tendances rapportée ci-dessus, on a examiné de plus près les réponses des 115 États qui ont renvoyé le questionnaire pour la période 2000-2002 en ce qui concerne la réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société. Si la plupart des programmes sont axés sur les problèmes de la contamination par le VIH et du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), d'autres portaient sur la prévention des surdoses, l'information et la promotion des services de soins de santé primaires. Il existait dans 51 % des États des programmes de distribution de préservatifs, suivis de près par des programmes de sensibilisation (50 %), des programmes de dépistage des maladies infectieuses (48 %) et des programmes d'information sur les règles de sécurité (41 %). Plus des deux tiers des programmes dans ces quatre domaines avaient un niveau de couverture moyen ou élevé. Les taux d'exécution relativement élevés observés dans ces quatre domaines ne sont pas surprenants, dans la mesure où les programmes de lutte contre le VIH/sida étaient les plus largement préconisés au niveau mondial et les mieux acceptés en général. Venait ensuite l'exécution de programmes à seuil bas d'exigence et de programmes d'échange de seringues et d'aiguilles et de vaccination, avec 38 % de réponses positives dans chaque cas. L'exécution de programmes tenant compte des sexes/spécificités était généralement de faible niveau,

le chiffre correspondant variant de 13 % à 25 % selon les programmes. Le taux d'évaluation des programmes restait lui aussi assez faible, puisqu'il variait de 18 % à 36 % selon les programmes.

## **V. Établissement de partenariats**

26. Dans la rubrique D de la section VIII du questionnaire, il est posé des questions sur les mécanismes multisectoriels chargés, à différents échelons, de faciliter les partenariats. La situation concernant ces structures durant la deuxième période (2000-2002) n'était pas substantiellement différente de celle observée pour la période de référence (1998-2000). Parmi les États qui ont renvoyé le questionnaire pour les deux périodes, on a noté une diminution du nombre de ceux qui ont signalé l'existence de comités multisectoriels à l'échelon national (de 84 % pour la période 1998-2000 à 78 % pour la période 2000-2002) et à l'échelon régional (de 59 % pour la période 1998-2000 à 55 % pour la période 2000-2002; dans le même temps, le nombre des comités multisectoriels à l'échelon local était en légère hausse (de 62 % à 64 %). Sur l'ensemble des États qui ont renvoyé le questionnaire pour la deuxième période (2000-2002), 71 % ont déclaré qu'ils avaient des comités multisectoriels à l'échelon national, 50 % à l'échelon régional et 59 % à l'échelon local. Le nombre de réponses concernant l'existence d'organisations non gouvernementales centralisatrices était pratiquement identique (56 %). Cinquante-neuf pour cent des États ont indiqué qu'il existait des mécanismes de collaboration ou de travail en réseau à l'échelon local. En outre, le nombre d'États ayant indiqué que leurs mécanismes de collaboration et de travail en réseau prévoyaient l'identification et l'inclusion de nouveaux partenaires était en forte progression (de 61 % pour la période de référence 1998-2000 à 78 % pour la deuxième période 2000-2002). Soixante et onze pour cent des États qui ont renvoyé le deuxième questionnaire ont fait savoir que des dispositions à cet effet étaient prévues.

## **VI. Prise en compte des besoins particuliers**

27. Un élément important des activités de réduction de la demande de drogues consiste à identifier les groupes de population particulièrement vulnérables aux problèmes de drogues afin de mieux formuler et de mieux cibler les programmes correspondants. À cet égard, il est essentiel de prendre en compte et de respecter la diversité culturelle, comme le prévoit expressément la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues. L'élaboration de directives peut contribuer à favoriser les bonnes pratiques dans ce domaine. Bon nombre d'États ayant répondu au questionnaire ont dit qu'il existait des directives pour les activités de prévention (65 %), les services de traitement (65 %) et les services de réadaptation (57 %). Ils ont été 60 % à indiquer que ces directives prenaient en compte la diversité culturelle et les besoins particuliers tenant au sexe, à l'âge et aux groupes socialement, culturellement et géographiquement marginalisés. Il existait par exemple des directives pour l'entretien à la méthadone en Bulgarie; une série de publications sur les meilleures pratiques au Canada; des manuels pour la formation à la prévention de l'abus de drogues en Éthiopie; des directives pour la recherche, la coordination et l'action en France; des directives tenant compte des sexesopécificités

en Allemagne; des directives pour la formation, l'évaluation et le suivi au Mexique; des protocoles au Pays-Bas; des directives pour le travail de proximité à Sri Lanka; et des directives en matière d'information et de conseil à l'aide de lignes téléphoniques spéciales et de centres de référence au Venezuela.

28. La plupart des États adhèrent à l'idée de cibler les activités sur les groupes particulièrement vulnérables, et 75 % des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période mentionnaient l'existence de programmes spéciaux dans ce domaine, en très nette hausse par rapport au chiffre correspondant pour la période de référence (62 %). Ces programmes étaient le plus souvent élaborés à l'intention des jeunes (dans plus de deux États sur trois), suivis par les mineurs délinquants (un État sur deux), les consommateurs de drogue par injection (près d'un État sur deux) et d'autres groupes tels que les prostituées, les enfants des rues et les sans-abri. Mais selon les pays, les groupes jugés vulnérables aux problèmes de drogues variaient nécessairement. Ainsi, en Allemagne, au Canada, à Chypre, en Finlande, au Mexique, en République tchèque et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, il existait des programmes spéciaux à l'intention des populations autochtones et des minorités ainsi que des migrants. En Bulgarie, en Irlande, en Italie et au Portugal, l'accent était mis sur les femmes enceintes et les parents toxicomanes et sur leurs enfants. Dans d'autres pays, l'action était focalisée sur certaines catégories professionnelles, telles que les chauffeurs de poids lourds et les ouvriers travaillant dans les mines (Inde, Myanmar) ou sur les personnes qui consommaient des drogues récréatives (France, Grèce, Pays-Bas). Parmi les autres groupes de population jugés vulnérables, on pouvait mentionner les personnes économiquement marginalisées, les jeunes exclus du système scolaire et les personnes qui travaillaient dans le monde du spectacle. Conformément aux règles de bonne pratique à suivre pour élaborer les programmes, il était jugé souhaitable de tenir compte des vues des personnes auxquelles s'adressaient au premier chef les activités de réduction de la demande. Pour la période 2000-2002, comme pour la période de référence 1998-2000, deux États sur trois ont fait savoir qu'ils associaient les jeunes à l'élaboration des programmes. Dans deux États sur cinq seulement certains des autres groupes de population mentionnés y étaient associés dans la période 2000-2002, soit un recul par rapport à la proportion de 58 % observée pour la période de référence 1998-2000.

29. Les détenus et autres personnes ayant affaire à la justice sont un groupe particulièrement vulnérable aux problèmes de drogues. Il ressort des réponses au deuxième questionnaire que si les programmes de réduction de la demande qui s'adressaient aux personnes en détention étaient relativement courants (ils ont été mentionnés par deux sur trois des répondants), ceux expressément conçus à l'intention des personnes remises en liberté étaient moins fréquents (un répondant sur trois). Dans 45 % des pays, il existait des programmes pouvant se substituer aux sanctions et aux condamnations pour les auteurs d'infractions liées à la drogue. Pour la période de référence, environ un pays sur deux avait fait savoir qu'il existait des programmes de réduction de la demande en milieu pénitentiaire, et deux sur cinq avaient déclaré qu'il existait des programmes pouvant se substituer aux sanctions et aux peines de prison. Il faut toutefois noter que le questionnaire fait simplement référence à l'existence de ces programmes, sans autre précision quant à leur étendue.

## VII. Communication du message approprié

30. La plupart des États qui ont rempli le questionnaire pour les deux périodes ont fait savoir que leur stratégie nationale antidrogue comprenait des campagnes d'information (83 % pour la période 2000-2002, contre 81 % pour la période 1998-2000). (Pour la période 2000-2002, 81 % de l'ensemble des États ayant renvoyé le questionnaire faisaient état d'activités de cette nature). En ce qui concerne la qualité de ces campagnes, il convient de noter que dans les pays où il en existait, elles étaient davantage fondées sur une évaluation des besoins (95 % pour la période 2000-2002 contre 79 % pour la période 1998-2000). (Pour la deuxième période, 88 % des États ayant renvoyé le questionnaire ont fait état d'une évaluation des besoins pour l'élaboration de leurs campagnes.) La proportion des États ayant fourni des réponses pour les deux périodes considérées qui ont signalé que leurs campagnes d'information avaient pris en considération les spécificités sociales et culturelles du groupe cible se maintenait à un niveau relativement élevé: 89 % pour la période 1998-2000, contre 93 % pour la période 2000-2002. (Pour la deuxième période, 92 % des États ayant renvoyé le questionnaire ont signalé que leurs campagnes d'information avaient pris ces spécificités en considération.) Une évolution positive s'est dégagée en ce qui concerne l'évaluation des campagnes d'information (la proportion étant passée de 53 % pour la période 1998-2000 à 66 % pour la période 2000-2002), (58 % des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période). Enfin, la plupart des États continuaient à dispenser une formation aux médiateurs sociaux pour qu'ils puissent transmettre des messages sur la réduction de la demande de drogues: la proportion de ces États était en légère hausse, de 75 % pour la période 1998-2000, ils étaient passés à 80 % pour la période 2000-2002. (Soixante-seize pour cent des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période continuaient à assurer cette formation aux médiateurs sociaux.)

## VIII. Mise à profit des enseignements tirés de l'expérience

31. La rubrique G de la section VIII du questionnaire porte sur l'amélioration des programmes de réduction de la demande à travers la formation, le suivi et l'évaluation. En ce qui concerne la formation, moins d'un quart des États ont indiqué qu'une formation initiale était dispensée aux prestataires de services spécialisés. L'offre de services de cette nature avait légèrement progressé, passant de 18 % pour la période 1998-2000 à 21 % pour la période 2000-2002. Plus de la moitié des États (58 %) dispensaient une "formation continue" pendant la période 2000-2002, contre 61 % pour la période 1998-2000. (Vingt-six pour cent des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période assuraient une formation initiale et 53 % une formation continue.) Environ un tiers des États dispensaient une formation initiale aux prestataires de services non spécialisés (33 % pour la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) et 30 % pour la deuxième période). La proportion des États qui dispensaient une formation continue avait considérablement progressé, passant de 28 % pour la période 1998-2000 à 38 % pour la période 2000-2002, mais restait inférieure à la moitié. (Les chiffres correspondants pour les États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période étaient à peu de chose près les mêmes: 31 % dispensaient une formation initiale et 33 % une formation continue.)

32. La proportion d'États ayant fourni des réponses pour les deux périodes qui ont indiqué que leurs programmes étaient suivis et évalués a considérablement augmenté, passant de 62 % pour la période de référence (ou première période d'établissement des rapports) à 75 % pour la deuxième période. (Sur l'ensemble des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période, la proportion était de 69 %.) Le pourcentage des États ayant fourni des réponses pour les deux périodes qui ont signalé avoir participé à des mécanismes internationaux de coordination a diminué tant au niveau bilatéral (de 74 % pour la période 1998-2000 à 57 % pour la période 2000-2002) qu'au niveau régional (de 80 % pour la période 1998-2000 à 70 % pour la période 2000-2002). Dans le même temps, la proportion des États ayant déclaré avoir participé à des mécanismes de coordination à d'autres échelons multilatéraux ou autres a légèrement progressé (de 74 % pour la période 1998-2000 à 76 % pour la période 2000-2002). (Les chiffres correspondants pour l'ensemble des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période étaient à peu près comparables: 57 % ont dit avoir participé à ces mécanismes de coordination au niveau bilatéral, 69 % au niveau régional et 70 % au niveau multilatéral.) La proportion des États qui tenaient à jour une base de données comportant des informations sur la réduction de la demande de drogues était passée de 45 % pour la période 1998-2000 à 57 % pour la période 2000-2002. (Le pourcentage correspondant des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période s'établissait à 52 %.)

33. La proportion des États ayant fourni des réponses pour les deux périodes qui indiquaient tenir à jour une base de données nationales sur la réduction de la demande de drogues qui était reliée à des réseaux régionaux, multilatéraux ou mondiaux avait un peu progressé, passant de 24 % pour la période 1998-2000 à 29 % pour la période 2000-2002. (Le pourcentage correspondant des États ayant renvoyé le questionnaire pour la deuxième période était légèrement inférieur: 25 %.)

## **IX. Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'activités tendant à réduire la demande de drogues comme le prévoit le Plan d'action**

34. Le questionnaire biennal révisé fait référence aux difficultés que peuvent rencontrer dans cinq domaines les États pour mettre en œuvre des activités tendant à réduire la demande de drogues comme le prévoit le Plan d'action. Sur la base des informations sur la réduction de la demande de drogues reçues pour la deuxième période, soit 2000-2002, les sources de difficultés sont d'abord les problèmes financiers, suivis par le manque de systèmes et de structures appropriés, les compétences techniques, et la coordination et la coopération multisectorielles (voir tableau 12). La législation nationale en vigueur a été moins souvent évoquée comme source de difficultés. En général, 10 à 20 % des répondants au questionnaire ont mentionné la législation nationale comme étant source de difficultés pour la réduction de la demande. Parmi les facteurs faisant obstacle à la mise en œuvre des activités comme le prévoit le Plan d'action, les problèmes financiers ont été cités par plus de la moitié des États ayant répondu au questionnaire. Pour le tiers environ des États ayant rempli le questionnaire, les trois autres facteurs (coordination et coopération multisectorielle; compétences techniques et manque de systèmes et de structures appropriés) auraient été sources de difficultés. Comme cette question a

été ajoutée à la demande de la Commission dans la version révisée du questionnaire utilisée après la période de référence, il est impossible de formuler des conclusions quant à une évolution à cet égard.

Tableau 12

**Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'activités tendant à réduire la demande de drogues comme le prévoit le Plan d'action durant la deuxième période (2000-2002)**

Pourcentage des États ayant renvoyé le questionnaire (n = 115)

<i>Domaines</i>	<i>Législation nationale en vigueur</i>	<i>Problèmes financiers</i>	<i>Coordination et coopération multisectorielle</i>	<i>Compétences techniques</i>	<i>Manque de systèmes et de structures appropriés</i>
L'engagement	17	67	34	32	37
Évaluation du problème	11	66	36	38	40
Lutte contre le problème – Mesures de prévention	13	59	30	29	26
Lutte contre le problème – Programmes axés sur le traitement et la réadaptation	13	62	33	32	41
Réduction des effets néfastes de l'abus de drogues sur la santé et la société	18	62	33	32	37
Établissement de partenariats	8	53	37	27	37
Prise en compte des besoins particuliers	17	58	34	30	42
Communication du message approprié	9	61	24	29	28
Mise à profit des enseignements tirés de l'expérience	10	58	33	29	39