

**Commission des stupéfiants****Cinquante-cinquième session**

Vienne, 12-16 mars 2012

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

**Application de la Déclaration politique et du Plan d'action
sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée
et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue:
réduction de la demande et mesures connexes****Situation mondiale en ce qui concerne l'usage illicite de
drogues****Rapport du Secrétariat***Résumé*

Le présent rapport récapitule les renseignements les plus récents dont dispose l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime concernant la demande illicite de drogues dans le monde et l'action visant à promouvoir des stratégies axées sur la réadaptation et la réinsertion en réponse aux troubles liés à l'usage de drogues et à leurs conséquences. Il a été établi en application des conventions internationales relatives au contrôle des drogues et des résolutions 53/16 et 54/5 de la Commission des stupéfiants. Par rapport aux estimations de 2008, il ne semble pas y avoir eu d'évolution marquée s'agissant tant de la prévalence de l'usage que du nombre d'utilisateurs de drogues en 2009. Au plan mondial, on estime qu'entre 3,4 et 6,2 % des personnes âgées de 15 à 64 ans, soit entre 149 millions et 272 millions de personnes, ont consommé une drogue illicite au moins une fois au cours de l'année écoulée. Les tendances qui se dessinent à l'échelon mondial sont exposées dans la première section du présent rapport, qui situe la consommation de drogues dans son contexte. La section II est un récapitulatif par région. La section III dresse un bilan des efforts déployés par les États Membres pour promouvoir des stratégies axées sur la réadaptation et la réinsertion en réponse aux troubles liés à l'usage de drogues et à leurs conséquences. La section IV porte sur les conclusions et recommandations.

* E/CN.7/2012/1.



I. Nouvelles tendances à l'échelle mondiale

1. Le présent rapport est un récapitulatif des données les plus récentes dont l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) dispose sur la demande illicite de drogues dans le monde grâce aux informations communiquées par les États Membres par le biais du questionnaire destiné aux rapports annuels et grâce à d'autres sources. Au nombre des nouvelles tendances constatées au cours de l'année écoulée figurent les suivantes:

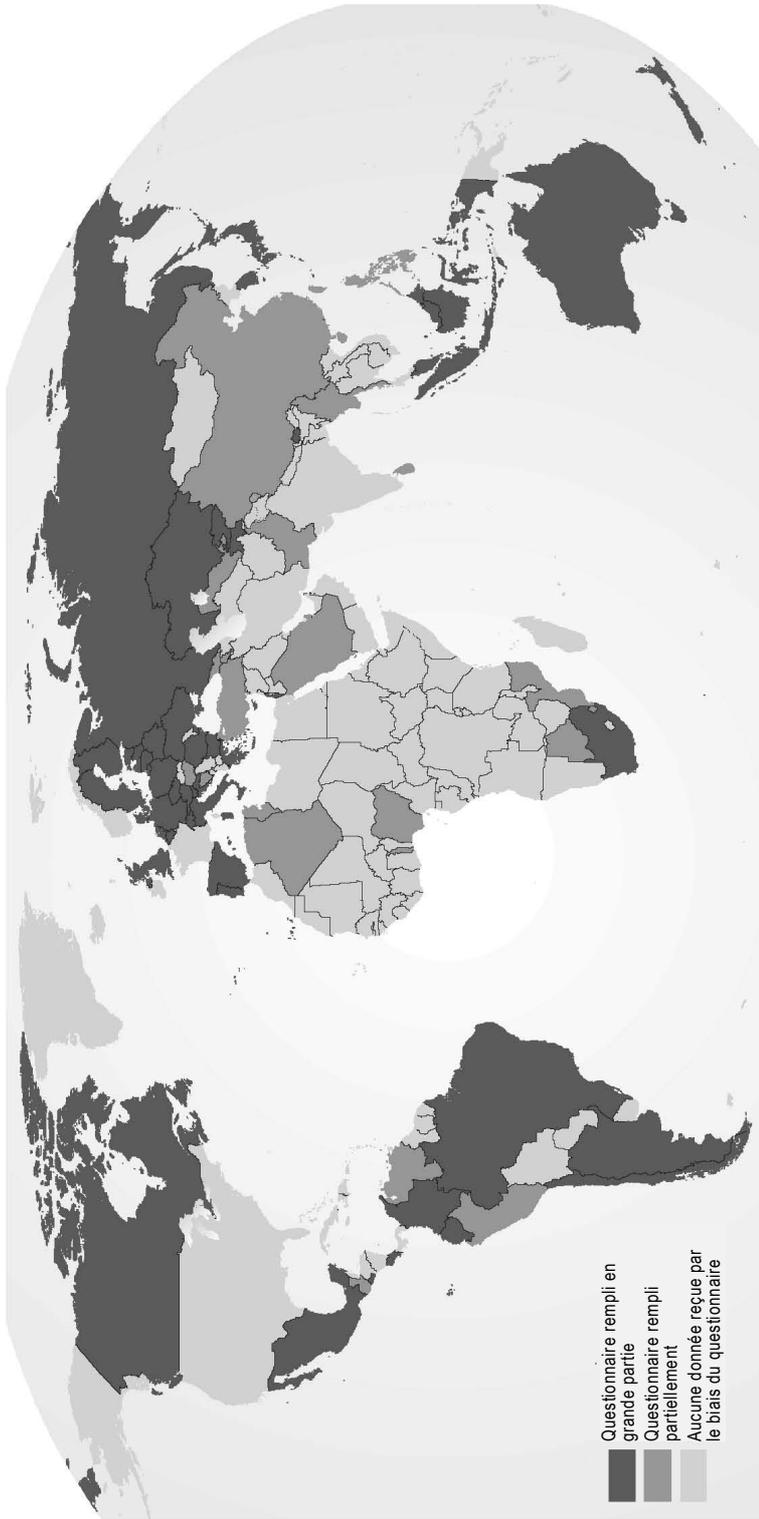
- La tendance est à la stabilisation ou à la diminution de l'usage illicite de drogues classiques telles que l'héroïne et la cocaïne. Cette tendance est particulièrement prononcée en Europe et en Amérique du Nord.
- On constate des signes d'un usage accru de cocaïne en Afrique et en Asie.
- La consommation de cannabis diminue en Europe mais augmente chez les jeunes en Amérique du Nord, en Afrique et en Asie.
- La consommation de stimulants de type amphétamine est en augmentation, en particulier en Asie et en Amérique du Sud.
- Après plusieurs années de diminution, on constate également une reprise de la consommation d'"ecstasy", essentiellement en Europe et en Amérique du Sud.
- L'usage non thérapeutique d'opioïdes de synthèse et d'opioïdes délivrés sur ordonnance ainsi que de stimulants délivrés sur ordonnance est de plus en plus préoccupant, notamment en Amérique du Nord, en Europe et en Océanie.
- L'apparition de nouvelles substances synthétiques – dites "euphorisants légaux" – telles que les sels de bain et les cannabinoïdes synthétiques commercialisés sous le nom de "Spice", fabriqués à partir de précurseurs qui ne sont pas sous contrôle international et reproduisant les effets de drogues placées sous contrôle international, est en train de poser des problèmes de santé publique.

2. En 2009, un toxicomane injecteur sur cinq était séropositif, alors que la moitié était apparemment infectée par le virus de l'hépatite C. On estime qu'entre 104 000 et 263 000 décès par an pourraient être imputés à la consommation de drogues; la plupart de ceux qui auraient pu être évités sont dus à des surdoses chez les consommateurs d'opioïdes. L'usage illicite de stimulants de type amphétamine est en augmentation, notamment en Amérique latine et en Asie: celui de méthamphétamine augmente dans certaines régions de l'Asie de l'Est et du Sud-Est alors que c'est celui d'amphétamine qui augmente au Proche et Moyen-Orient. L'usage non thérapeutique d'opioïdes de synthèse et d'opioïdes délivrés sur ordonnance, de benzodiazépines et de stimulants délivrés sur ordonnance est un sujet de préoccupation croissante. De même, l'apparition de nouvelles substances de synthèse fabriquées à partir de précurseurs non placés sous contrôle international pose de nouveaux problèmes de santé publique. Dans la plupart des régions, l'offre de services de traitement et de prise en charge des toxicomanes fondés sur des données scientifiques demeure grandement insuffisante; en effet, seuls 12 à 30 % du nombre estimatif de consommateurs de drogues à problème ont bénéficié d'un traitement en 2009. On ne dispose toujours pas d'informations objectives ni actualisées sur la plupart des indicateurs épidémiologiques de la consommation de

drogues, et l'on reçoit toujours aussi peu de réponses, globalement, au questionnaire destiné aux rapports annuels. L'absence de systèmes fiables d'information et d'observatoires sur les drogues entrave toujours la surveillance des tendances qui prévalent ou se dessinent dans la plupart des régions, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation de ripostes fondées sur des données factuelles et visant la demande de drogues.

3. La Commission des stupéfiants a approuvé la version révisée du questionnaire destiné aux rapports annuels à la reprise de sa cinquante-quatrième session, dans le but et l'espoir d'améliorer tant le taux de réponses que la qualité des informations sur la situation relative à la consommation de drogues communiquées par les États Membres. Des 192 États Membres et 15 territoires auxquels le questionnaire a été envoyé, 82 avaient répondu à la partie consacrée à l'ampleur, aux caractéristiques et aux tendances de l'usage de drogues (troisième partie du questionnaire) en novembre 2011, soit un taux de réponse approchant 40 %. Parmi ces questionnaires retournés, 60 % comportaient des informations substantielles, c'est-à-dire des réponses à au moins la moitié des questions principales, alors que plus d'un tiers ne contenaient que des informations très incomplètes. C'est ainsi que de nombreux États et territoires d'Afrique, d'Asie et du Pacifique, certains d'Amérique latine, mais aussi des pays connaissant de véritables problèmes de drogues (voir la carte 1) n'avaient pas communiqué d'informations. Vu que le taux de réponse au questionnaire destiné aux rapports annuels diminue d'année en année, on s'efforce de compléter les informations ainsi obtenues par des données puisées à d'autres sources nationales et régionales ou dans la littérature scientifique.

Carte 1
États Membres ayant fourni des données sur la demande illicite de drogues en 2010 au moyen du questionnaire destiné aux rapports annuels (en novembre 2011)



Note: Les frontières et noms indiqués et les appellations employées sur la présente carte n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielles de la part de l'Organisation des Nations Unies. Les pointillés représentent approximativement la ligne de contrôle au Jammu-et-Cachemire convenue par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été arrêté par les parties.

A. Comprendre le contexte dans lequel s'inscrit l'usage de drogues illicites

4. Pour véritablement comprendre la situation, il est impératif d'examiner les différentes dimensions du phénomène de l'usage de drogues illicites. Il convient notamment de comprendre l'ampleur de cet usage dans la population générale; l'ampleur des troubles liés à l'usage de drogues, de la toxicomanie et de l'usage problématique de drogues; les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, d'après la demande de traitement et les informations relatives à la morbidité imputable aux drogues (par exemple, l'infection à VIH et d'autres infections transmissibles par le sang) et à la mortalité chez les consommateurs de drogues illicites. Dans le présent rapport, on s'est efforcé d'apporter des informations sur toutes ces questions.

B. L'ampleur de l'usage de drogues

5. Les enquêtes sur la consommation de drogues menées auprès de la population générale, mais aussi auprès des jeunes, permettent d'obtenir un bilan objectif de l'étendue et de la nature de cette pratique dans un pays donné. Étant donné l'envergure de ces enquêtes, les pays qui en conduisent – à l'exception de trois d'entre eux¹ – ne le font qu'une fois tous les trois à cinq ans. De nombreux pays en développement n'en ont jamais mené et se fient principalement aux informations recueillies auprès des toxicomanes recensés² ou à l'occasion d'évaluations rapides en vue de mieux comprendre la situation en ce qui concerne l'usage de drogues.

¹ Canada, États-Unis d'Amérique et Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord.

² Il peut s'agir de personnes recensées par les services de santé ou les services de répression dans le cadre d'une mesure administrative ou d'une sanction intervenant à la suite d'un incident concernant l'usage de drogues.

Estimation du nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans ayant fait usage illicite de drogues au cours de l'année écoulée, par région et sous-région, 2009

Région ou sous-région	Usagers de cannabis		Usagers d'opioïdes		Usagers de cocaïne		Usagers de drogues de type amphétamine		Usagers d'"ecstasy"	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Afrique	21 630 000	59 140 000	940 000	3 750 000	940 000	4 420 000	1 180 000	8 150 000	390 000	1 900 000
Afrique du Nord	4 780 000	10 620 000	130 000	550 000	30 000	50 000	^a	^a	^a	^a
Afrique de l'Ouest et centrale	11 380 000	31 840 000	420 000	1 090 000	550 000	2 300 000	^a	^a	^a	^a
Afrique de l'Est	2 340 000	8 870 000	150 000	1 790 000	^a	^a	^a	^a	^a	^a
Afrique australe	3 130 000	7 810 000	240 000	320 000	270 000	730 000	280 000	780 000	190 000	300 000
Amériques	40 950 000	42 860 000	12 960 000	14 590 000	8 280 000	8 650 000	5 170 000	6 210 000	3 770 000	4 020 000
Amérique du Nord	32 520 000	32 520 000	11 950 000	13 320 000	5 690 000	5 690 000	3 460 000	3 460 000	3 210 000	3 210 000
Amérique centrale	550 000	610 000	110 000	230 000	120 000	140 000	320 000	320 000	20 000	30 000
Caraïbes	440 000	2 060 000	60 000	100 000	110 000	330 000	30 000	530 000	20 000	240 000
Amérique du Sud	7 410 000	7 630 000	850 000	940 000	2 360 000	2 480 000	1 340 000	1 890 000	520 000	530 000
Asie	31 340 000	67 970 000	6 760 000	12 520 000	400 000	2 300 000	4 330 000	38 230 000	2 390 000	17 330 000
Asie de l'Est et du Sud-Est	5 440 000	24 160 000	2 870 000	5 050 000	400 000	1 070 000	3 480 000	20 870 000	1 480 000	6 920 000
Asie du Sud	16 830 000	28 110 000	1 420 000	3 380 000	^a	^a	^a	^a	^a	^a
Asie centrale	1 950 000	2 260 000	350 000	350 000	^a	^a	^a	^a	^a	^a
Proche et Moyen-Orient	6 060 000	12 360 000	2 120 000	3 730 000	40 000	650 000	460 000	4 330 000	^a	^a
Europe	28 730 000	29 250 000	3 270 000	3 730 000	4 300 000	4 750 000	2 540 000	3 180 000	3 680 000	3 920 000
Europe occidentale et centrale	22 750 000	22 860 000	1 170 000	1 400 000	3 990 000	4 090 000	2 030 000	2 120 000	2 490 000	2 560 000
Europe orientale et du Sud-Est	5 980 000	6 380 000	2 100 000	2 330 000	310 000	660 000	510 000	1 050 000	1 190 000	1 370 000
Océanie	2 160 000	3 460 000	100 000	190 000	330 000	400 000	470 000	640 000	850 000	920 000
Total mondial	124 810 000	202 680 000	24 030 000	34 780 000	14 250 000	20 520 000	13 690 000	56 410 000	11 080 000	28 090 000

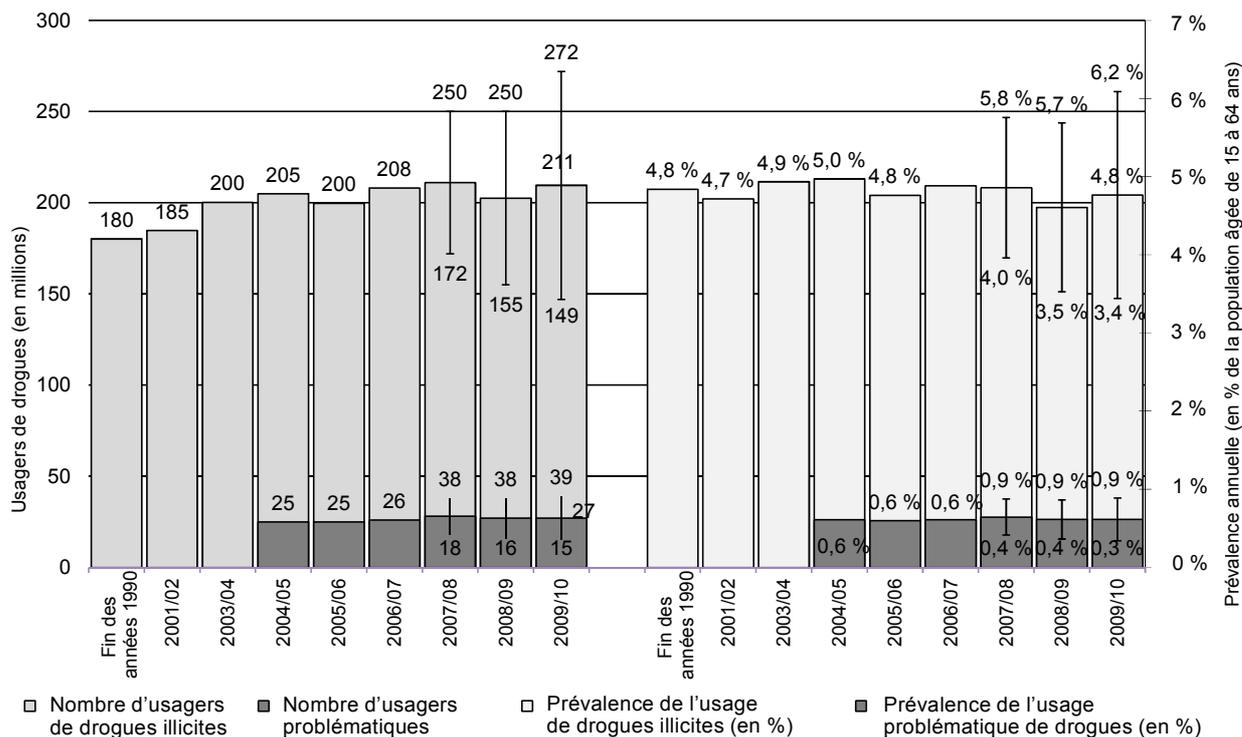
Source: Rapport mondial sur les drogues 2011 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.11.XI.10).

^a Estimation impossible à calculer.

6. En 2009, on estimait qu'entre 3,4 et 6,2 % de la population âgée de 15 à 64 ans – soit entre 149 millions et 272 millions de personnes – avaient pris une drogue illicite au moins une fois au cours de l'année écoulée. Ces estimations n'ont pas beaucoup évolué par rapport aux années précédentes. Les personnes en question sont aussi bien des consommateurs occasionnels ou des expérimentateurs que, dans une mesure moindre mais néanmoins considérable, des toxicomanes ou des usagers problématiques.

Figure I

Prévalence annuelle de l'usage de drogues illicites, de la fin des années 1990 à 2009-2010



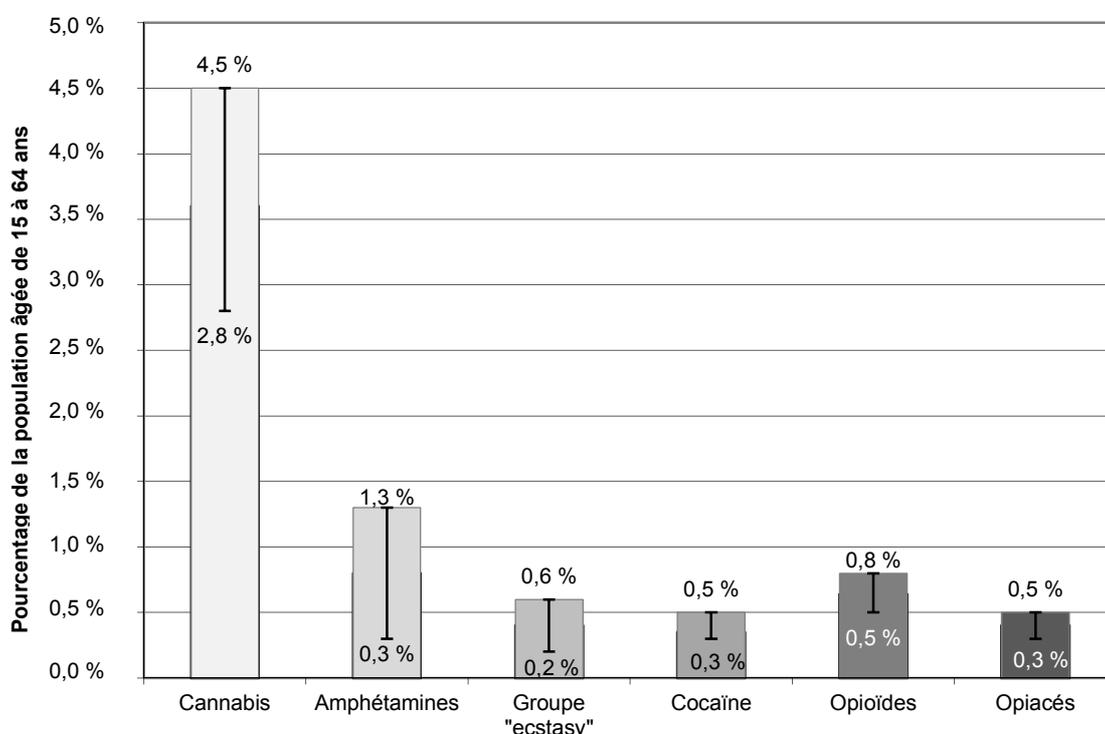
Source: *Rapport mondial sur les drogues 2011* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.11.XI.10).

7. Le cannabis reste la substance sous contrôle la plus consommée dans le monde, l'estimation du nombre d'usagers oscillant entre 125 millions et 203 millions (soit 2,8 à 4,5 % de la population âgée de 15 à 64 ans). L'Océanie (principalement l'Australie et la Nouvelle-Zélande), l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale restent les régions enregistrant la plus forte prévalence de l'usage de cannabis. Contrairement à ce que l'on pensait précédemment, à savoir que le cannabis serait une substance peu nocive, on signale un nombre croissant de consommateurs demandant à être traités pour des troubles liés à l'usage de cannabis et des troubles psychiatriques associés.

8. Les stimulants de type amphétamine constituent le deuxième groupe de drogues les plus consommées dans le monde, devant l'héroïne ou la cocaïne. En 2009, entre 13,7 et 56,4 millions de personnes (soit 0,3 à 1,3 % de la population

âgée de 15 à 64 ans) en avaient consommé au cours de l'année écoulée, et entre 11 et 28 millions de personnes (soit 0,2 à 0,6 % de la population âgée de 15 à 64 ans) avaient consommé des substances du groupe "ecstasy". Le type précis de substance de type amphétamine varie beaucoup d'une région à l'autre. En l'Asie de l'Est et du Sud-Est et en Océanie, c'est la méthamphétamine qui domine. Au Proche et Moyen-Orient, ce sont les comprimés contenant de l'amphétamine vendus sous l'appellation de Captagon. En Europe, les usagers de substances du groupe des amphétamines consomment surtout de l'amphétamine (encore qu'il existe des indices selon lesquels la méthamphétamine serait en passe de la remplacer dans certaines régions d'Europe), alors qu'en Amérique du Nord, les usagers de stimulants consomment essentiellement de la méthamphétamine et des stimulants délivrés sur ordonnance. En Afrique, les usagers de substances du groupe des amphétamines consomment principalement des stimulants de prescription.

Figure II

Prévalence annuelle de la consommation de drogues dans le monde

Source: *Rapport mondial sur les drogues 2011* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.11.XI.10).

9. Parmi les substances du groupe "ecstasy", on trouve notamment la méthylènedioxyamphétamine (MDMA) et ses analogues; leur consommation est souvent associée aux lieux de loisirs et divertissement, comme les discothèques et les "raves". La consommation en est donc particulièrement élevée chez les jeunes des sociétés riches, et c'est en Océanie, en Amérique du Nord et en Europe qu'elle serait la plus importante. Au cours des années précédentes, plusieurs pays européens avaient signalé une moindre disponibilité de l'"ecstasy"; cela étant, la plupart des

rapports récents indiquent une possible résurgence et une plus grande pureté de l'«ecstasy» trouvée en Europe³.

10. On estime que, dans le monde, entre 24,6 millions et 36,8 millions de personnes (soit de 0,5 à 0,8 % des personnes âgées de 15 à 64 ans) ont consommé un opioïde ou un autre au moins une fois au cours de l'année écoulée. Si la consommation d'héroïne, opioïde le plus consommé, s'est stabilisée – à un niveau certes élevé – la consommation d'opioïdes, elle, a évolué différemment d'un pays à l'autre. En Amérique du Nord, en Amérique du Sud et en Océanie (principalement Nouvelle-Zélande et Australie), l'usage illicite ou le mésusage d'opioïdes délivrés sur ordonnance représente désormais le problème principal, alors que la consommation d'héroïne reste limitée. En Europe, c'est l'héroïne qui est l'opioïde le plus répandu, le mésusage d'opioïdes délivrés sur ordonnance étant signalé dans certains pays, encore qu'il y ait lieu de mesurer plus précisément l'étendue de ce mésusage en Europe. En Europe orientale et dans une certaine mesure en Europe du Sud-Est, outre de l'héroïne, on consomme aussi des préparations de fabrication locale telles que celles dénommées *kompot*⁴, *tcherniachka*⁵ ou *krokodil*⁶. Dans les pays où le pavot à opium est traditionnellement cultivé et dans certains pays voisins, en particulier l'Afghanistan, l'Iran (République islamique d'), la République démocratique populaire lao et le Myanmar, c'est généralement de l'opium et non de l'héroïne qui est consommé. L'héroïne est le principal opioïde consommé en Afrique et en Asie, où l'on signale toutefois également un mésusage fréquent d'opioïdes délivrés sur ordonnance. Ce sont les opioïdes qui, de loin, représentent le type de drogue le plus nocif, que l'on considère l'augmentation de la demande de traitement et des cas d'infection à VIH ou d'autres virus, ou le fait qu'ils sont la principale cause de surdose et de décès chez les usagers.

11. En 2009, entre 14,3 millions et 20,5 millions d'adultes (âgés de 15 à 64 ans) auraient consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de l'année écoulée, ce qui correspond à 0,3-0,5 % de la population adulte dans le monde. La plupart des indicateurs (demande de traitement, consultations aux urgences et surdoses) portent à croire que la cocaïne est la deuxième des substances posant problème au niveau mondial. Bien que la prévalence de la consommation de cocaïne reste élevée, la tendance est à la stabilisation sur la plupart des marchés établis en Amérique centrale, en Amérique du Sud et en Europe; en Amérique du Nord, la tendance est à la baisse. La situation est en revanche différente dans certaines parties de l'Asie, du Moyen-Orient et de l'Afrique de l'Ouest: la multiplication du nombre de saisies de cocaïne signalées dans ces régions donne à penser que la consommation pourrait augmenter considérablement dans des régions où elle est encore faible ou peu répandue.

12. Bien que l'on ne dispose pas de chiffres mondiaux sur la consommation non thérapeutique de médicaments délivrés sur ordonnance autres que les opioïdes et les amphétamines, la consommation de ces drogues, dont les tranquillisants et les sédatifs, poserait un problème sanitaire croissant, les taux de prévalence étant

³ *Amphetamines and Ecstasy: 2011 Global Amphetamine-type Stimulants Assessment* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.11.XI.13).

⁴ Préparation grossière à base de paille de pavot destinée à être injectée.

⁵ Préparation fabriquée à base d'un mélange de pavot cultivé localement et d'anhydride acétique.

⁶ Préparation fabriquée à base de codéine, d'iode et de phosphore rouge.

supérieurs à ceux enregistrés pour de nombreuses autres drogues sous contrôle dans certains pays. La consommation non thérapeutique de médicaments délivrés sur ordonnance serait fréquente chez les jeunes adultes, les femmes, les personnes âgées sous traitement et les professionnels des soins de santé. En outre, parmi les consommateurs de drogues illicites, de plus en plus de polytoxicomanes associent à leurs drogues illicites de prédilection des médicaments délivrés sur ordonnance pour en renforcer les effets ou y substituent de tels médicaments en cas de difficultés provisoires d'approvisionnement. C'est là un autre sujet de préoccupation.

13. La détection et la consommation d'"euphorisants légaux", substances synthétiques conçues pour échapper aux mesures de contrôle international, sont de plus en plus fréquentes en Europe et dans d'autres régions du monde. Parmi les plus notables, on citera la 4-méthylméthcathinone (analogue de la méthcathinone connu également sous le nom de "méphédron") et la méthylènedioxypropylammonium (MDPV), souvent vendues comme "sels de bains" ou "engrais"; elles remplacent des stimulants placés sous contrôle comme la cocaïne ou l'"ecstasy". Pareillement, les dérivés de la pipérazine tels que la *N*-benzylpipérazine (BZP) et la 1-(3-trifluorométhylphényl)pipérazine (TFMPP) sont également vendus comme substituts de l'"ecstasy". Plusieurs cannabinoïdes synthétiques (vendus sous des appellations comme "Spice") qui simulent les effets du cannabis mais contiennent des produits non placés sous contrôle international ont également été détectés depuis 2008 dans des mélanges d'herbes à fumer⁷. D'autres substances synthétiques non placées sous contrôle international qui reproduisent les effets de drogues soumises à contrôle ou qui s'y substituent ont également été signalées, essentiellement en Europe et en Amérique du Nord, mais également dans d'autres régions. Parmi ces substances, on compte les indanes, les benzodifuranyles, les analgésiques narcotiques (par exemple la codéine servant à fabriquer du *krokodil*, ou la désomorphine, en Fédération de Russie), les dérivés synthétiques de la cocaïne, la kétamine (substance courante en Asie du Sud-Est) et les dérivés de la phencyclidine⁸.

C. Conséquences de l'usage de drogues

L'usage problématique de drogues

14. L'ampleur de l'usage problématique de drogues – comme, par exemple, l'usage par injection – ainsi que l'estimation du nombre de toxicomanes ou de consommateurs habituels sont des indicateurs importants pour déterminer le coût et les conséquences de l'usage de drogues. En 2009, on estime qu'entre 15 et 39 millions de personnes, soit entre 0,3 et 0,9 % de la population adulte âgée de 15 à 64 ans, sont des usagers problématiques de drogues. Une forte proportion d'entre eux consomme des opioïdes ou de la cocaïne. De plus, on estime que 16 millions de personnes de par le monde (fourchette: de 11 à 21 millions) s'injecteraient des

⁷ *Rapport mondial sur les drogues 2011* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.11.XI.10).

⁸ *État du phénomène de la drogue en Europe: Rapport annuel 2011* (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, novembre 2011).

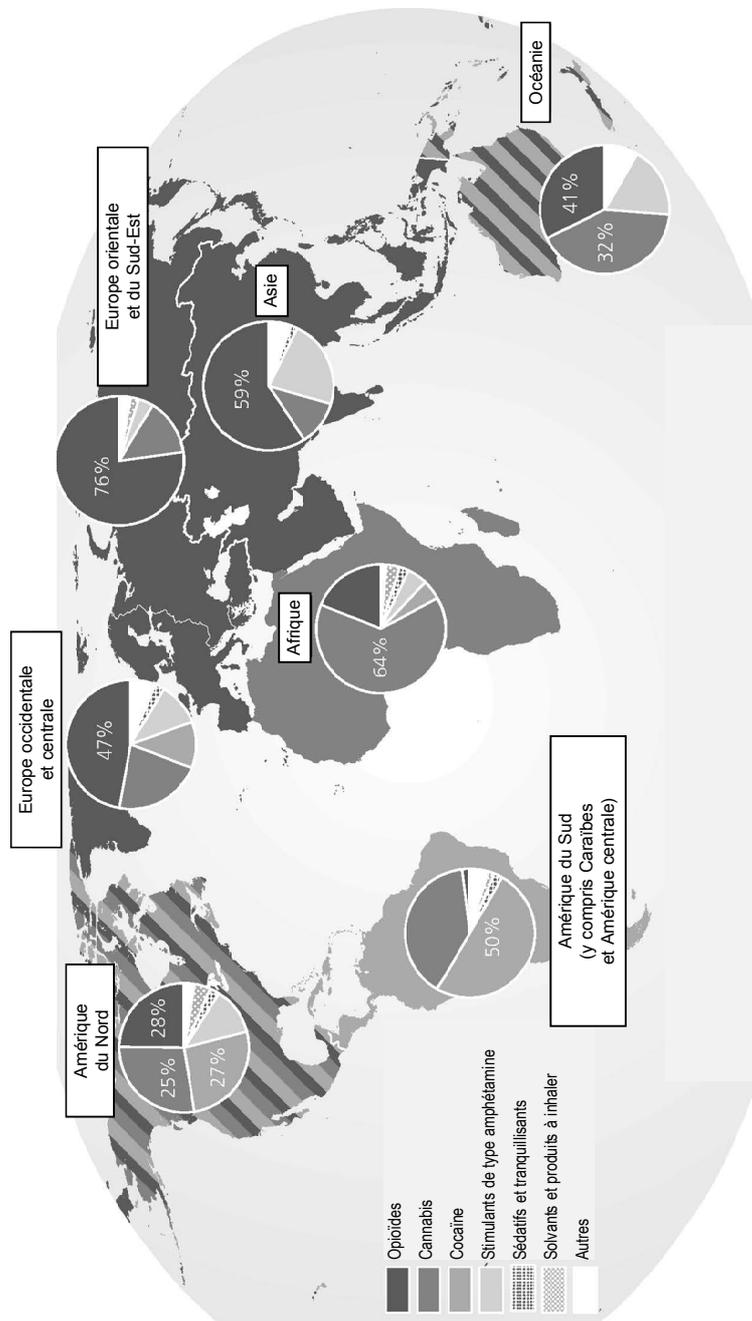
drogues⁹. On estime par ailleurs que plus d'un quart des usagers injecteurs se trouvent en Europe occidentale et orientale et en Asie du Sud, de l'Est et du Sud-Est. Les principales substances injectées seraient les opioïdes – notamment l'héroïne –, les stimulants de type amphétamine tels que la méthamphétamine, et la cocaïne sous forme de "crack".

Demande de traitement

15. La demande de traitement constitue un autre indicateur d'usage problématique qui renseigne également sur le type de substances causant des problèmes particuliers dans un pays ou une région donnés. En dépit de la couverture et de la disponibilité limitées des services de traitement et de prise en charge de la toxicomanie, pas moins de 4,7 millions de personnes de par le monde ont été traitées en 2009 pour des troubles liés aux drogues. Ce chiffre représente de 12 à 30 % du nombre d'usagers problématiques, révélant un décalage énorme entre l'offre de services et les besoins non satisfaits des usagers en matière de traitement et de prise en charge. Dans la plupart des régions, on arrive à identifier les drogues posant le plus de problèmes. En Europe et en Asie, ce sont les opioïdes (voir carte 2). Dans certains pays asiatiques, ce sont les stimulants de type amphétamine, tels que la méthamphétamine en Asie du Sud-Est et les comprimés contenant des amphétamines et vendus sous le nom de Captagon au Moyen-Orient, qui sont les principales drogues posant problème, selon les informations recueillies dans les structures de traitement. On constate également une demande de traitement de la dépendance à l'égard des stimulants de type amphétamine en Océanie (surtout en Australie et en Nouvelle-Zélande), en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale. En Amérique du Sud, c'est la cocaïne qui occasionne le plus grand nombre de traitements (50 %). En Afrique, la demande de traitement pour troubles liés au cannabis atteindrait un taux encore supérieur (60 % de tous les traitements suivis en 2009), comme c'est le cas en Océanie, en Amérique du Nord et en Amérique du Sud.

⁹ Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection (estimations 2008).

Carte 2
Principales drogues posant problème, d'après la demande de traitement, par région



Notes: les pourcentages correspondent à la moyenne non pondérée de la demande de traitement, telle que notifiée par les pays. Nombre de pays ayant communiqué des données: Afrique (26); Amérique du Nord (3); Amérique du Sud, y compris Caraïbes et Amérique centrale (26); Asie (42); Europe orientale et du Sud-Est (11); Europe occidentale et centrale (33); Océanie (3). Les données portent généralement sur la drogue à l'origine de la demande de traitement. Du fait de l'existence de polytoxicomanies, le total peut dépasser 100 %.

Les frontières et noms indiqués et les appellations employées sur la présente carte n'impliquent ni reconnaissance, ni acceptation officielles de la part de l'Organisation des Nations Unies.

Source: *Rapport mondial sur les drogues 2011* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.11.XI.10).

VIH et autres infections

16. L'injection et les comportements sexuels à risque parmi les usagers de drogues posent de gros problèmes de santé publique étant donné le risque élevé de contamination par le VIH et les virus de l'hépatite B et C. Cela est particulièrement vrai dans les populations marginalisées et les plus à risque. On estime qu'en 2010 le monde comptait 34 millions de personnes séropositives; sur les 16 millions de personnes qui s'injecteraient des drogues, environ 3 millions, soit approximativement un cinquième, étaient séropositives. Si l'on ne tient pas compte de l'Afrique sub-saharienne, l'injection de drogues était à l'origine d'environ un tiers de toutes les nouvelles infections à VIH signalées pour 2010¹⁰. Si l'utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées par les toxicomanes injecteurs constitue la cause principale de l'infection à VIH, plusieurs études ont indiqué que la consommation de cocaïne, de "crack" et de stimulants de type amphétamine par des voies autres que l'injection était elle aussi associée à un risque accru d'infection, notamment par le biais de rapports sexuels non protégés¹¹.

17. La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les injecteurs dans le monde est elle aussi assez forte puisque la moitié du nombre estimatif des usagers injecteurs seraient concernés. Des 51 pays ayant fait connaître la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C en 2009, 13 ont signalé des taux supérieurs à 70 % chez les usagers de drogues injecteurs. De la même manière, 22 % des usagers injecteurs seraient infectés par le virus de l'hépatite B. On estime donc à 3,5 millions le nombre d'usagers injecteurs infectés par le virus de l'hépatite B.

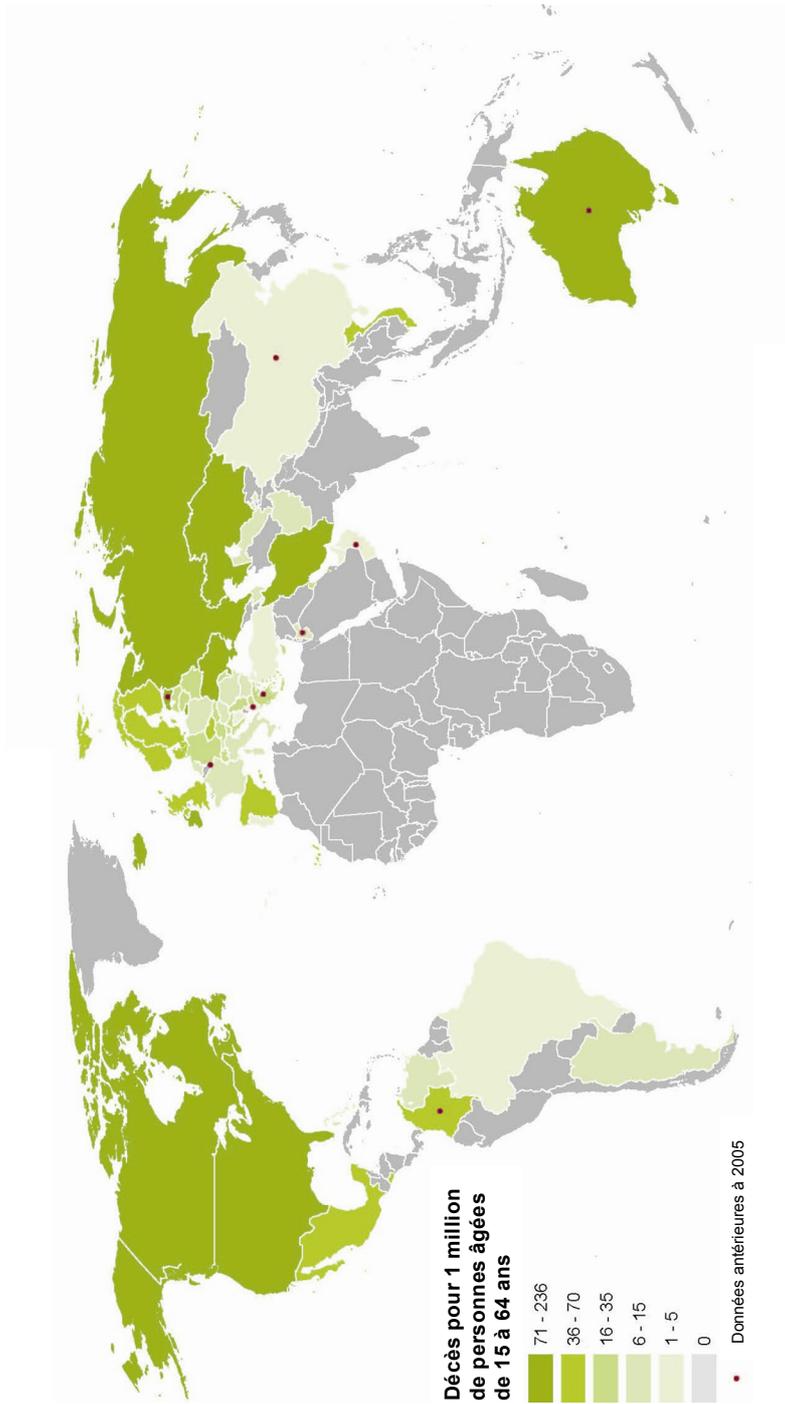
Mortalité liée aux drogues

18. Au nombre des décès liés ou associés à l'usage de drogues illicites figurent les surdoses mortelles, les suicides, les accidents survenus alors que la personne était sous l'emprise de la drogue, les décès d'usagers injecteurs imputables à des infections comme le VIH ou le sida et les décès par suite d'un état pathologique lié à la consommation de drogues sur une longue durée. D'après les données compilées par l'UNODC, il y a eu entre 104 000 et 263 000 décès liés aux drogues en 2009, soit entre 23,1 et 58,7 décès pour 1 million de personnes âgées de 15 à 64 ans. Près de la moitié des décès notifiés ont été imputés à une surdose mortelle. En Afrique, en Asie, en Europe et en Océanie, les opioïdes sont la principale catégorie de drogues en cause dans les décès liés aux drogues, alors que dans les Amériques, c'est la cocaïne. Étant donné que les pratiques divergent en ce qui concerne le signalement des décès liés à la drogue et que, dans de nombreuses régions, ceux-ci ne sont pas systématiquement signalés, il est difficile de faire une estimation de l'ampleur réelle du phénomène.

¹⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Journée mondiale sida 2011 – Rapport ONUSIDA* (Genève, 2011).

¹¹ G. Colfax et al., "Amphetamine-group substances and HIV", *The Lancet*, vol. 376, n° 9739 (7 août 2010).

Carte 3
Décès liés à la drogue, 2009



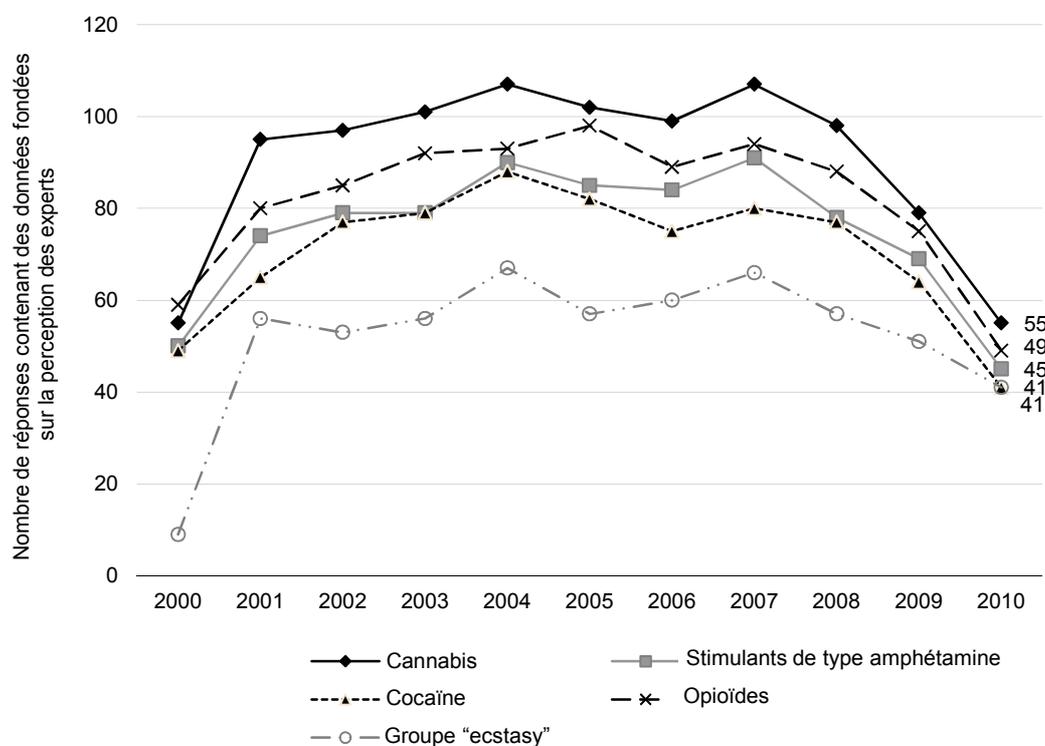
Note: Les frontières et noms indiqués et les appellations employées sur la présente carte n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielles de la part de l'Organisation des Nations Unies. Les pointillés représentent approximativement la ligne de contrôle au Jammu-et-Cachemire convenue par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été arrêté par les parties.

D. Perception de l'usage de drogues

19. Parallèlement aux statistiques sur la consommation de drogues et la nocivité de celles-ci, l'idée que se font les experts de l'évolution de l'usage de drogues peut fournir des informations qualitatives utiles sur les tendances qui se dessinent au niveau régional et mondial. Étant donné que ces perceptions ne s'appuient pas toujours sur des données objectives, il convient d'être prudent dans leur interprétation. En 2010, des 82 États Membres et territoires ayant répondu au questionnaire destiné aux rapports annuels, près de la moitié ont indiqué la manière dont les experts percevaient les tendances de l'usage de drogues. Comme le montre la figure III, depuis 2007, le nombre d'États Membres répondant au questionnaire diminue régulièrement, ainsi que le nombre de ceux qui indiquent l'idée que se font les experts des tendances de la consommation de drogues.

Figure III

Nombre d'États Membres communiquant des données fondées sur la perception des experts, par classe de drogues, 2000-2010



Source: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, questionnaire destiné aux rapports annuels.

20. Dans l'ensemble, on constate des tendances généralement stables pour la consommation de cocaïne et d'opioïdes dans le monde, alors que les pays sont plus nombreux à penser que la consommation de cannabis et de stimulants de type amphétamine est en augmentation. Cela est particulièrement vrai en Afrique pour le cannabis, en Asie pour le cannabis et les stimulants de type amphétamine et en Amérique latine pour les stimulants de type amphétamine et les opioïdes.

Figure IV
Nombre de pays déclarant une consommation de cocaïne perçue comme étant en augmentation, en diminution ou stable, 2000-2010
 (au 14 décembre)

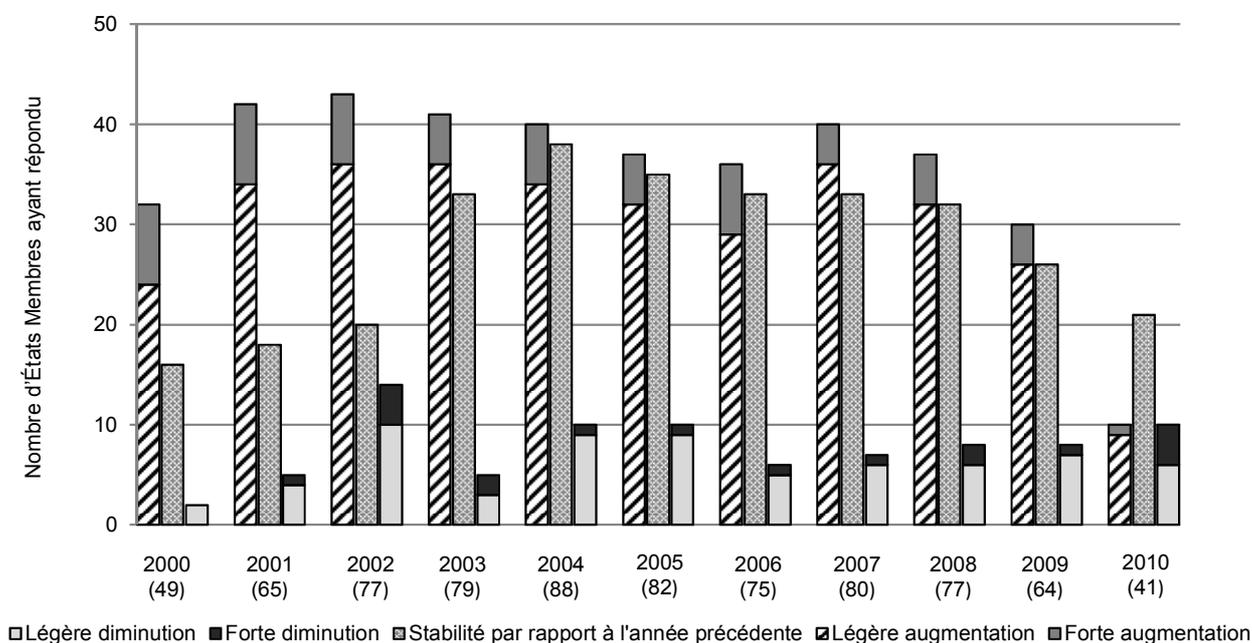


Figure V
Nombre de pays déclarant une consommation d'opioïdes perçue comme étant en augmentation, en diminution ou stable, 2000-2010
 (au 14 décembre)

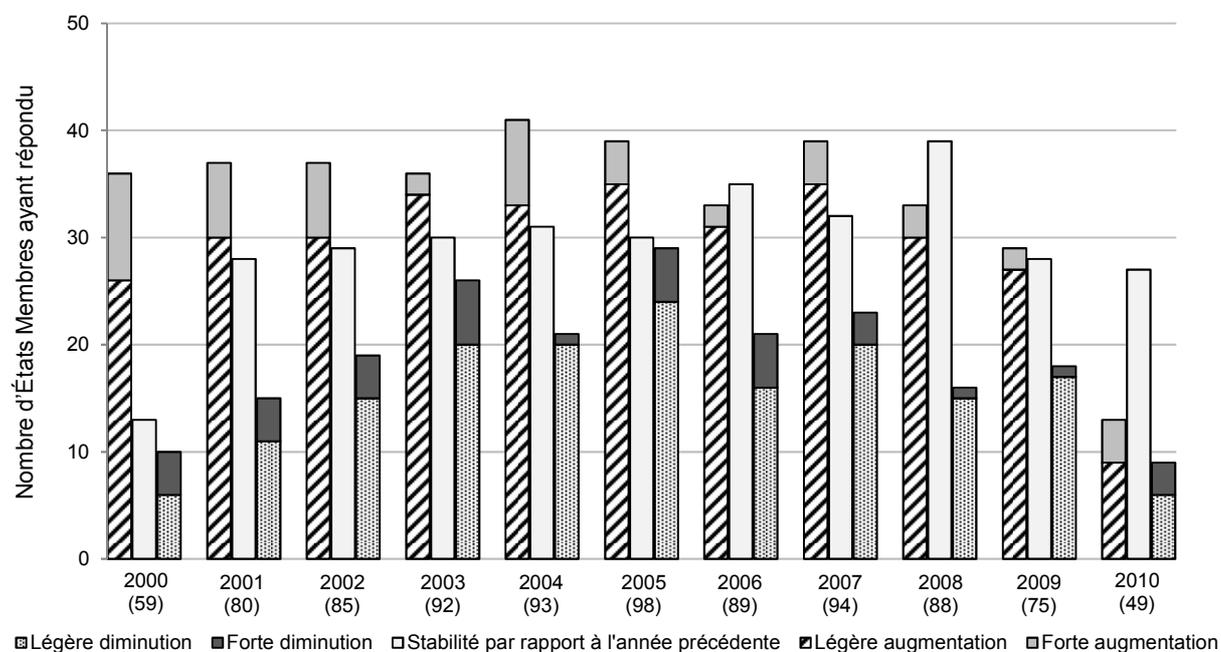


Figure VI
**Nombre de pays déclarant une consommation de stimulants de type
 amphétamine perçue comme étant en augmentation, en diminution ou stable,
 2000-2010**

(au 14 décembre)

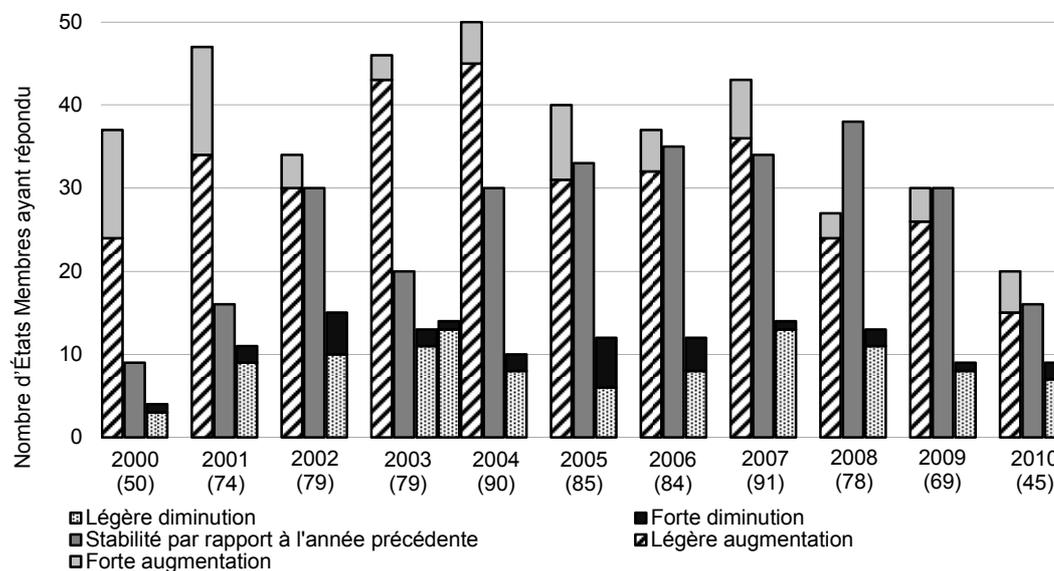
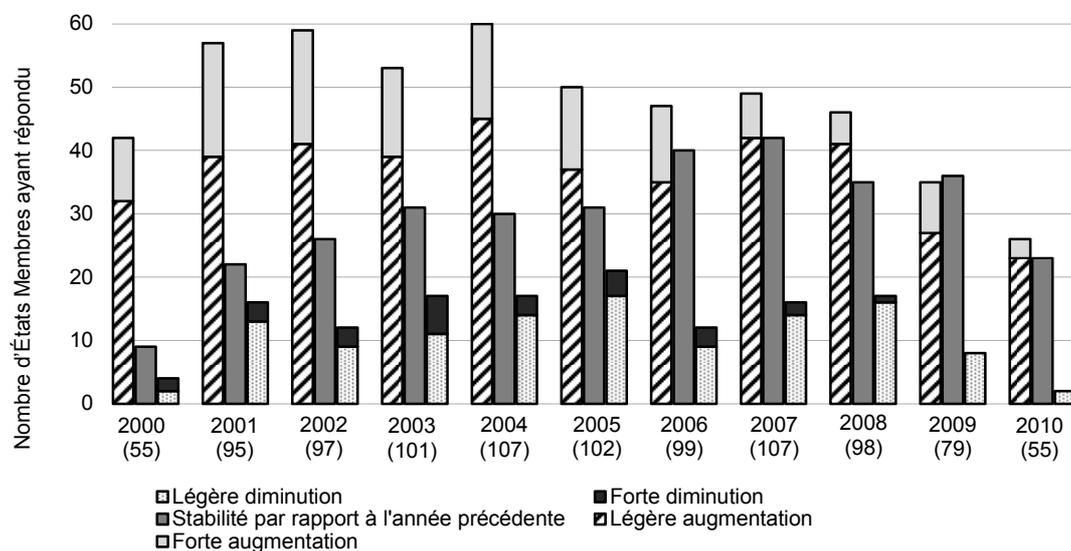


Figure VII
**Nombre de pays déclarant une consommation de cannabis perçue comme étant
 en augmentation, en diminution ou stable, 2000-2010**

(au 14 décembre)



II. Résumés par région

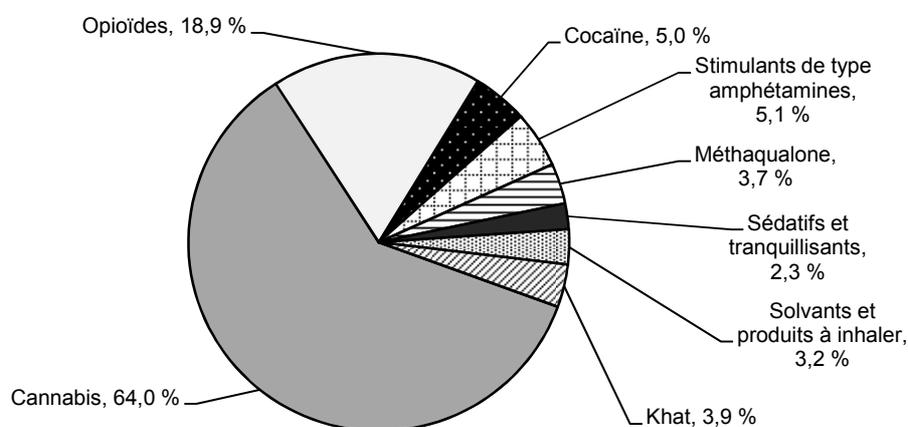
A. Afrique

21. Pour 2010, la plupart des États Membres africains ont signalé une tendance à l'augmentation de la consommation de cannabis et d'opioïdes et une consommation stable de cocaïne et de stimulants de type amphétamine. Le Nigéria est au nombre des pays ayant signalé une augmentation progressive du nombre d'héroïnomanes par rapport aux années précédentes¹².

22. Le cannabis est la substance sous contrôle que l'on consomme le plus en Afrique, ce que la demande de traitement vient confirmer; en effet, 64 % de tous les traitements viseraient des troubles liés à l'usage de cannabis.

Figure VIII

Ventilation des drogues à l'origine des demandes de traitement en 2009



Source: Rapport mondial sur les drogues 2011.

Note: Étant donné les différentes méthodes de comptage utilisées, le total n'est pas égal à 100 %.

23. En Afrique de l'Ouest, on suppose qu'à l'accroissement du trafic de cocaïne dans les pays côtiers correspond une augmentation de la consommation de cette drogue¹³, qui serait plus répandue que celle d'héroïne. Une enquête menée auprès des élèves d'établissements scolaires du secondaire à Freetown indique que 11 % des élèves consommaient du cannabis, 0,6 % de la cocaïne et 0,4 % de l'héroïne¹⁴. Dans le même ordre d'idées, d'après une autre enquête menée auprès des enfants et

¹² Réponses du Nigéria au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010.

¹³ Étant donné les moyens criminalistiques dont disposent les pays africains pour identifier correctement les substances, on peut se poser la question de la composition chimique exacte des substances passant pour de la cocaïne, ainsi que des autres substances synthétiques mentionnées par ces pays.

¹⁴ Campaign for Development and Solidarity (FORUT), "Summary of baseline surveys on alcohol, drugs, cigarettes and development in Freetown" (Sierra Leone, 2011). L'enquête a porté sur un échantillon de 1 245 élèves d'établissements du secondaire.

jeunes des rues âgés de 8 à 24 ans, deux tiers des répondants consommeraient du cannabis, 6,8 % de la cocaïne et 5,6 % de l'héroïne. Les autres substances consommées qu'il convient de relever sont le diazépam, la chlorpromazine et différentes substances à inhaler. L'étude a également montré que 3,7 % des jeunes s'injectaient des drogues¹⁵.

24. De même, une enquête menée auprès des élèves d'établissements du secondaire au Libéria a montré qu'environ 9 % d'entre eux avaient consommé du cannabis, 0,6 % de la cocaïne et 0,1 % de l'héroïne¹⁶.

25. Une nouvelle tendance, alarmante, se dessine: l'accroissement de la consommation d'héroïne et de drogues injectables, notamment en Afrique de l'Est, mais aussi ailleurs en Afrique, comme au Kenya, en Libye¹⁷, à Maurice ou en République-Unie de Tanzanie^{18, 19}. En Afrique sub-saharienne, 1,78 million (fourchette: entre 535 000 et 3 022 500) de toxicomanes pratiqueraient l'injection. Au Kenya, la prévalence du VIH chez les injecteurs serait de 42,9 % (36,3-49,5 %); elle est de 22 % en Libye, de 12,4 % en Afrique du Sud et de 9,8 % à Maurice²⁰.

26. En Afrique du Sud, la consommation d'opioïdes et de cocaïne serait stable alors qu'on constaterait une certaine augmentation de la consommation de cannabis et une diminution de celle de stimulants de type amphétamine²¹. D'après le nombre d'admissions en traitement, la méthamphétamine et la méthcathinone sont les stimulants de type amphétamine dont la consommation est la plus répandue.

27. Il existe des indices selon lesquels la consommation de stimulants de type amphétamine gagnerait d'autres régions d'Afrique. Leur consommation a été signalée dans des pays comme le Cap-Vert, l'Égypte, le Ghana, le Kenya et le Nigéria. Dans les établissements du secondaire de Nairobi, 2,6 % des élèves auraient consommé au moins une fois dans leur vie des amphétamines et du Mandrax (méthaqualone); 1,6 % disent en avoir consommé au cours des six derniers mois²².

¹⁵ GOAL, "European Union substance use harm reduction programme: summary of results from main survey" (Sierra Leone, 2011).

¹⁶ Benjamin Harris et al., "Substance use behaviours of secondary school students in post-conflict Liberia: a pilot study", *International Journal of Culture and Mental Health*, 2011.

¹⁷ Depuis le 16 septembre 2011, "Libye" est la forme courte utilisée à l'ONU à la place de "Jamahiriya arabe libyenne".

¹⁸ Chris Beyrer et al., "Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs", *The Lancet*, vol. 376, No. 9740 (14 août 2010).

¹⁹ Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection (estimations pour 2011).

²⁰ Ibid.

²¹ Réponses de l'Afrique du Sud au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010.

²² Peter Koome et l'Autorité chargée de la campagne nationale contre la consommation de drogues (NACADA) du Kenya, article sur le rôle du milieu scolaire dans la consommation d'alcool et de drogues chez les élèves: enquête auprès des élèves des établissements publics du secondaire à Nairobi (voir NACADA, "Promotion of evidence-based campaign-national alcohol and drug abuse research workshop 2011 report", annexe 3).

B. Amériques

28. On estime à 8 millions le nombre de personnes qui consomment de la cocaïne dans les Amériques; cette consommation reste donc un gros problème dans la région. Cela étant, les États Membres signalent que la consommation de cocaïne est en baisse, tandis que celle de cannabis et “d’ecstasy” serait stable. L’usage d’opioïdes et de stimulants de type amphétamine aurait en revanche tendance à augmenter.

1. Amérique du Nord

29. L’usage non thérapeutique de médicaments délivrés sur ordonnance reste un gros souci aux États-Unis; ces médicaments constitueraient la deuxième catégorie de drogues la plus consommée après le cannabis. La prévalence estimée de la consommation actuelle de cannabis chez les personnes âgées de 12 ans et plus serait de 6,9 % pour 2010, soit un chiffre similaire à celui de 2009 (6,6 %) mais supérieur au niveau de 2008. D’après les estimations, le nombre de personnes faisant un usage non thérapeutique de médicaments délivrés sur ordonnance, dont les opioïdes et les stimulants, ainsi que le nombre de consommateurs de méthamphétamine et d’“ecstasy” sont eux aussi restés stables en 2010. La consommation d’“ecstasy” aurait en revanche augmenté en 2009. Si l’estimation du nombre total d’usagers de cocaïne est restée stable depuis 2009, le pourcentage serait passé de 0,7 % de la population âgée de 12 ans et plus en 2008 à 0,6 % en 2010²³.

30. Au Canada, les tendances de l’usage de la plupart des drogues étaient à la stabilité, alors qu’on a signalé une nouvelle baisse de la consommation d’“ecstasy” au cours de l’année écoulée (de 0,9 % en 2009 à 0,7 % en 2010)²⁴. *Salvia divinorum*,²⁵ plante contenant une substance psychoactive non soumise au contrôle national, est désormais préoccupante. En 2010, 1,6 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus et 6,6 % de ceux âgés de 15 à 24 ans en auraient consommé au moins une fois dans leur vie²⁶.

31. Pour le Mexique, on signale que la consommation de cannabis, d’opioïdes, de cocaïne et de stimulants de type amphétamine serait à la baisse, alors que la celle de tranquillisants, d’hallucinogènes et de produits à inhaler serait stable.

32. En Amérique du Nord en général, la demande de traitement pour consommation de cannabis, d’opioïdes et de cocaïne se situe au même niveau que les années précédentes. On a signalé un nombre important de décès liés à la drogue: 182,4 pour 1 million d’habitants aux États-Unis, et 93,34 pour 1 million d’habitants

²³ États-Unis d’Amérique, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “Results from the 2010 national survey on drug use and health: summary of national findings” (septembre 2011).

²⁴ Réponses du Canada au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2009 et 2010; et Santé Canada, “Enquête de surveillance canadienne de la consommation d’alcool et de drogues, Sommaire des résultats pour 2010”.

²⁵ Le principal principe actif de *Salvia divinorum* est la salvinorine A, précédemment appelée divinorine A. Il s’agirait de “la substance psychédélique la plus puissante que l’on puisse trouver dans la nature”, active à très petites doses, de l’ordre de 100-200 microgrammes.

²⁶ Santé Canada, “Enquête de surveillance canadienne de la consommation d’alcool et de drogues, Sommaire des résultats pour 2010”.

au Canada. Aux États-Unis, les opioïdes délivrés sur ordonnance sont le principal type de drogues en cause dans les décès liés à la drogue.

33. Au Canada et aux États-Unis, entre 1,6 et 3,1 millions de toxicomanes pratiqueraient l'injection, et entre 127 000 et 709 000 usagers injecteurs vivraient avec le VIH.

2. Amérique latine et Caraïbes

34. Dans la plupart des pays d'Amérique latine, la consommation de cocaïne serait à la baisse, alors que l'usage d'opioïdes et de stimulants de type amphétamine augmenterait, notamment en Équateur, en El Salvador et au Guatemala. L'augmentation de la consommation de drogues synthétiques telles que l'"ecstasy" chez les jeunes d'Amérique du Sud est de plus en plus préoccupante, et la consommation de préparations pharmaceutiques contenant des substances stimulantes est très répandue dans la région²⁷. Plusieurs pays, dont l'Argentine, le Brésil, El Salvador, le Pérou et l'Uruguay, ont également fait part d'une consommation de kétamine.

35. En revanche, au Brésil, les experts signalent que la consommation de cannabis, de tranquillisants et de stimulants de type amphétamine est en train de diminuer, alors que la consommation de cocaïne, notamment la pratique consistant à fumer du crack ou de la pâte base, augmenterait²⁸. Par ailleurs, le Secrétariat national antidrogue du Brésil constate dans une étude publiée en 2010 une diminution de l'usage des substances du groupe amphétamine chez les étudiants; celui-ci serait tombé de 3,2 % en 2004 à 1,6 % en 2010²⁹.

36. La cocaïne, qui représente 47,9 % de la demande de traitement, reste la principale drogue à l'origine des demandes de traitement en Amérique latine et dans les Caraïbes, suivie par le cannabis (38,7 %). Il est peu signalé de demande de traitement pour consommation de stimulants de type amphétamine dans la région.

37. Le nombre de décès liés à la drogue dans la région a été relativement peu élevé (2 965 décès, soit 2 % du total mondial), le taux de mortalité (10 décès pour 1 million de personnes âgées de 15 à 64 ans) étant bien inférieur à la moyenne mondiale. La région a toutefois ceci de singulier que les pays mentionnent systématiquement la cocaïne, puis le cannabis, comme principales causes des décès liés à la drogue.

C. Asie

38. Dans les différentes sous-régions d'Asie, le problème de la drogue ne se pose pas de la même manière que dans d'autres régions, les principales drogues posant problème étant les opioïdes en Asie du Sud-Ouest et en Asie centrale, la méthamphétamine et les opioïdes en Asie de l'Est et du Sud-Est et les amphétamines au Proche et Moyen-Orient. Globalement, la plupart des pays d'Asie

²⁷ *Amphetamines and Ecstasy* (voir la note 3).

²⁸ Réponses du Brésil au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010.

²⁹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Programme mondial de surveillance des drogues synthétiques: analyse, situation et tendances (SMART), "Amphetamine-type stimulants in Latin America: preliminary assessment report 2011".

jugent que la consommation de cannabis et de stimulants de type amphétamine est en progression, alors que celle d'opioïdes et d'"ecstasy" serait stable. On constate une situation analogue en ce qui concerne la demande de traitement, celle concernant les stimulants de type amphétamine étant en progression régulière, notamment en Asie de l'Est et du Sud-Est, par rapport à celle concernant les opioïdes.

1. Asie de l'Est et du Sud-Est

39. En Asie de l'Est et du Sud-Est, la consommation de méthamphétamine, notamment sous sa forme cristalline, se répandrait largement. Cette drogue est désormais la plus courante au Brunéi Darussalam, en Indonésie, au Japon, aux Philippines et en République de Corée. La demande de traitement correspondante a elle aussi beaucoup augmenté. En Thaïlande, par exemple, on a constaté une augmentation de 250 % du nombre de personnes admises en traitement pour dépendance à l'égard de la méthamphétamine sous sa forme cristalline au cours de l'année écoulée³⁰.

40. En Chine, ce sont les opioïdes qui sont le plus préoccupant, suivis par les stimulants de type amphétamine et les tranquillisants. La Chine fait également état d'un nombre croissant d'usagers de stimulants de type amphétamine, qui représentent 55 % des consommateurs nouvellement identifiés en 2010. L'usage de kétamine aurait également augmenté en 2010, en Chine, à Hong Kong (Chine), en Malaisie et au Viet Nam³¹.

41. L'injection de drogues est une préoccupation croissante en Asie de l'Est et du Sud-Est, où l'on estime à 3,9 millions (fourchette: entre 3 043 500 et 4 913 000) le nombre de personnes s'injectant des drogues, essentiellement des opioïdes et de la méthamphétamine. On estime à 661 000 (fourchette: entre 313 333 et 1 251 500) le nombre d'usagers injecteurs qui seraient séropositifs. Les pays de la sous-région comptant la plus forte prévalence d'infection à VIH parmi les injecteurs sont le Myanmar (42,6 %), l'Indonésie (42,5 %), le Viet Nam (33,85 %), le Cambodge (22,8 %) et la Chine (12,3 %).

2. Asie centrale et du Sud-Ouest

42. Les opioïdes constituent la drogue la plus préoccupante en Asie centrale et du Sud-Ouest, la plupart des pays indiquant une consommation stable ou en diminution. Cela étant, de nombreux pays de la sous-région, tels que la Géorgie, le Kazakhstan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan, ont signalé une tendance à l'augmentation de l'usage de cannabis au cours de l'année écoulée, et la Géorgie a également signalé une tendance à l'augmentation de la consommation de stimulants de type amphétamine. Comme on signale de plus en plus de cas de fabrication et de saisie de méthamphétamine dans certaines parties de l'Asie centrale et du Sud-Ouest, on suppose que la consommation de stimulants de type amphétamine va vraisemblablement suivre.

³⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Programme mondial de surveillance des drogues synthétiques: analyse, situation et tendances (SMART), "Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific, 2011" (novembre 2011).

³¹ Ibid.

43. De nombreux pays d'Asie centrale et du Sud-Ouest enregistrent une forte prévalence de l'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent de la drogue, le Pakistan (21 %), la République islamique d'Iran (15 %) et l'Ouzbékistan (15,6 %) connaissant le plus fort taux d'usagers injecteurs vivant avec le VIH³².

3. Asie du Sud

44. Au nombre des pays d'Asie du Sud, le Bhoutan et Sri Lanka ont signalé une situation stable ou une tendance à la baisse de la consommation d'opioïdes, et une augmentation de la consommation de cannabis et de stimulants de type amphétamine. La consommation de stimulants de type amphétamine au Bangladesh, notamment dans les villes, s'est banalisée, les comprimés de méthamphétamine étant d'accès facile. Les opioïdes restent la drogue à l'origine de la majorité des demandes de traitement dans la sous-région.

4. Proche et Moyen-Orient

45. Une consommation accrue de drogues synthétiques et de médicaments délivrés sur ordonnance a été signalée dans un certain nombre de pays du Proche et Moyen-Orient. Pour de nombreux pays de la sous-région, ce sont les opioïdes qui représentent la plus forte demande de traitement; en revanche, on signale également une assez forte demande de traitement pour usage de stimulants de type amphétamine, de cannabis et de sédatifs et tranquillisants.

D. Europe

46. Le cannabis reste la substance sous contrôle la plus répandue en Europe, suivi par la cocaïne, les stimulants de type amphétamine et les opioïdes. Dans la plupart des régions d'Europe, on constate que la consommation d'opioïdes, de cannabis, de cocaïne et de stimulants de type amphétamine est stable ou à la baisse. Cela étant, les opioïdes et la cocaïne sont les deux drogues qui posent le plus de problèmes dans la région. Les opioïdes sont mentionnés comme les principales substances à l'origine de la demande de traitement, ainsi qu'une importante cause de décès liés aux drogues. L'émergence rapide de nouvelles drogues de synthèse et l'interaction de plus en plus fréquente entre les "euphorisants légaux" et le marché des drogues illicites posent un grand problème dans la région. Une augmentation des nouvelles infections à VIH chez les usagers injecteurs a été signalée en Bulgarie, en Estonie, en Grèce (où la prévalence de l'infection à VIH est traditionnellement faible) et en Lituanie. D'autres pays de la région signalent un taux élevé d'infection à VIH: Lettonie, Portugal, Fédération de Russie, Ukraine. Depuis quelques années, de nombreux pays européens signalent une moindre disponibilité de l'"ecstasy", mais les rapports les plus récents indiquent pour l'Europe la possibilité d'une résurgence et d'une plus grande pureté de cette substance.

1. Europe occidentale et centrale

47. Les chiffres les plus récents pour l'Europe font état d'une stabilisation ou d'une diminution de la consommation de cannabis, notamment chez les jeunes

³² Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et l'usage de drogues par injection (2011).

adultes (15-34 ans). Il se peut que cette baisse soit le corolaire de la diminution du tabagisme chez les jeunes. L'évolution des styles de vie, les phénomènes de mode, la substitution par d'autres drogues et la perception de la consommation de cannabis sont autant de facteurs qui pourraient eux aussi expliquer cette tendance³³.

48. Au cours des dix années écoulées, la cocaïne est arrivée en première place des stimulants consommés en Europe, encore que la consommation soit essentiellement le fait des pays d'Europe occidentale. Des enquêtes récentes indiquent une certaine baisse de la consommation au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes dans les pays à forte prévalence: Danemark, Espagne, Italie et Royaume-Uni. La cocaïne a toutefois représenté 17 % de la demande de traitement et a été à l'origine de 1 000 décès liés aux drogues dans la région³⁴.

49. Les données les plus récentes indiquent une tendance à la stabilisation de la consommation d'opioïdes. Il n'en demeure pas moins que ces drogues sont à l'origine de près de la moitié des demandes de traitement, même si les toxicomanes en question constituent une cohorte plus âgée et sont moins nombreux à s'injecter de l'héroïne. La majorité des 7 600 décès liés aux drogues enregistrés dans la région ont été imputés à la consommation d'opioïdes. Bien que l'héroïne soit la plus répandue de ces substances, on signale que des opioïdes de synthèse tels que le fentanyl et la buprénorphine s'y seraient substitués dans certains pays, notamment en Estonie et en Finlande.

50. La consommation d'amphétamine dans la région reste significative. Alors que la consommation de méthamphétamine se limitait précédemment à la République tchèque et à la Slovaquie, on signale depuis quelque temps une plus grande disponibilité de la drogue en Lettonie, en Norvège et en Suède; dans ces pays, sa consommation semblerait se substituer à celle de l'amphétamine³⁵.

2. Europe orientale et du Sud-Est

51. En Europe orientale et du Sud-Est, de nombreux pays ont signalé une tendance à la hausse de la consommation de cannabis et de stimulants de type amphétamine, dont l'"ecstasy", alors que la consommation d'opioïdes et de cocaïne serait stable. Les opioïdes, essentiellement l'héroïne, restent cependant la catégorie de drogues qui pose le plus problème dans la sous-région, où ils représentent 68 % de la demande de traitement et la principale cause des décès liés aux drogues.

³³ *État du phénomène de la drogue en Europe* (voir note 8).

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

52. Au cours de la décennie écoulée, les pays d'Europe orientale (et d'Asie centrale) ont connu une forte progression des infections à VIH, causée essentiellement par l'interaction entre l'injection de drogues et le commerce du sexe³⁶. Entre 39 et 50 % des usagers injecteurs en Ukraine et plus d'un tiers en Fédération de Russie seraient séropositifs^{37, 38}.

53. En Fédération de Russie, on signale une tendance à la stabilisation de l'usage d'opioïdes et de stimulants de type amphétamine, et une diminution de la consommation de cannabis et de cocaïne³⁹. D'après les chiffres donnés par les autorités russes, on a constaté parallèlement à une pénurie d'héroïne que cette substance était remplacée par la désomorphine, l'opium acétylé et, dans certaines régions, le fentanyl⁴⁰. Des 9 263 décès liés à la drogue, 6 324 seraient survenus chez les usagers d'opioïdes.

E. Océanie

54. Les informations portant sur l'Océanie rendent essentiellement compte de la situation de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, car les petits États insulaires du Pacifique ne répondent pas au questionnaire destiné aux rapports annuels.

55. En Australie, on a signalé une augmentation de l'usage de cocaïne et de cannabis, alors que la consommation d'opioïdes est jugée stable et celle de stimulants de type amphétamine – méthamphétamine, amphétamine et “ecstasy” – aurait diminué. Le cannabis reste la drogue la plus répandue en Australie, ainsi que la principale substance illicite invoquée dans les demandes de traitement (soit dans 50 % des cas), alors que près de 20 % de la demande de traitement concerne l'héroïne et les amphétamines⁴¹. Des 1 790 décès liés à la drogue recensés en Australie, près de 40 % étaient imputables aux opioïdes et environ un quart aux benzodiazépines.

56. En Nouvelle-Zélande, on signale une tendance à la stabilisation pour la plupart des drogues, mais une augmentation de la consommation d'opioïdes délivrés sur ordonnance, de stimulants et de benzodiazépines. Une forte diminution de la consommation d'“ecstasy” a été contrebalancée par la consommation d'autres substances qui en reproduisent les effets, essentiellement les pipérazines, la cathinone et la méphédrone^{42, 43}.

57. Dans les États insulaires du Pacifique, on ne dispose que d'informations éparses sur l'étendue de la consommation de drogues; cela étant, la consommation de kava (*Piper methysticum*) et de cannabis est jugée assez répandue. De nombreux

³⁶ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Rapport mondial: Rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale du SIDA 2010*.

³⁷ Ibid.

³⁸ Par contraste, les services fédéraux de lutte contre la drogue de la Fédération de Russie signalent, dans le questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010, une prévalence de l'infection à VIH de 14,4 % chez les usagers injecteurs recensés.

³⁹ Réponses de la Fédération de Russie au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Réponses de l'Australie au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010.

⁴² 4-méthylméthcathinone, TFMPP, BZP.

⁴³ Réponses de la Nouvelle-Zélande au questionnaire destiné aux rapports annuels pour 2010.

États insulaires du Pacifique signalent également une consommation de stimulants de type amphétamine par les élèves des établissements d'enseignement secondaire, et l'on signale une forte prévalence de la consommation de méthamphétamine au cours de la vie dans les Îles Marshall et les Palaos. Il y a également des signes de consommation de méthamphétamine par injection dans de nombreuses îles du Pacifique³⁰.

III. Promouvoir des stratégies axées sur la réadaptation et la réinsertion en réponse aux troubles liés à l'usage de drogues et à leurs conséquences

58. Le rapport du Directeur exécutif sur les mesures prises par les États Membres en application de la Déclaration politique et du Plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue (E/CN.7/2012/14) contient une analyse des réponses des États Membres concernant les politiques et programmes de traitement et de prise en charge axés sur la réadaptation et la réinsertion.

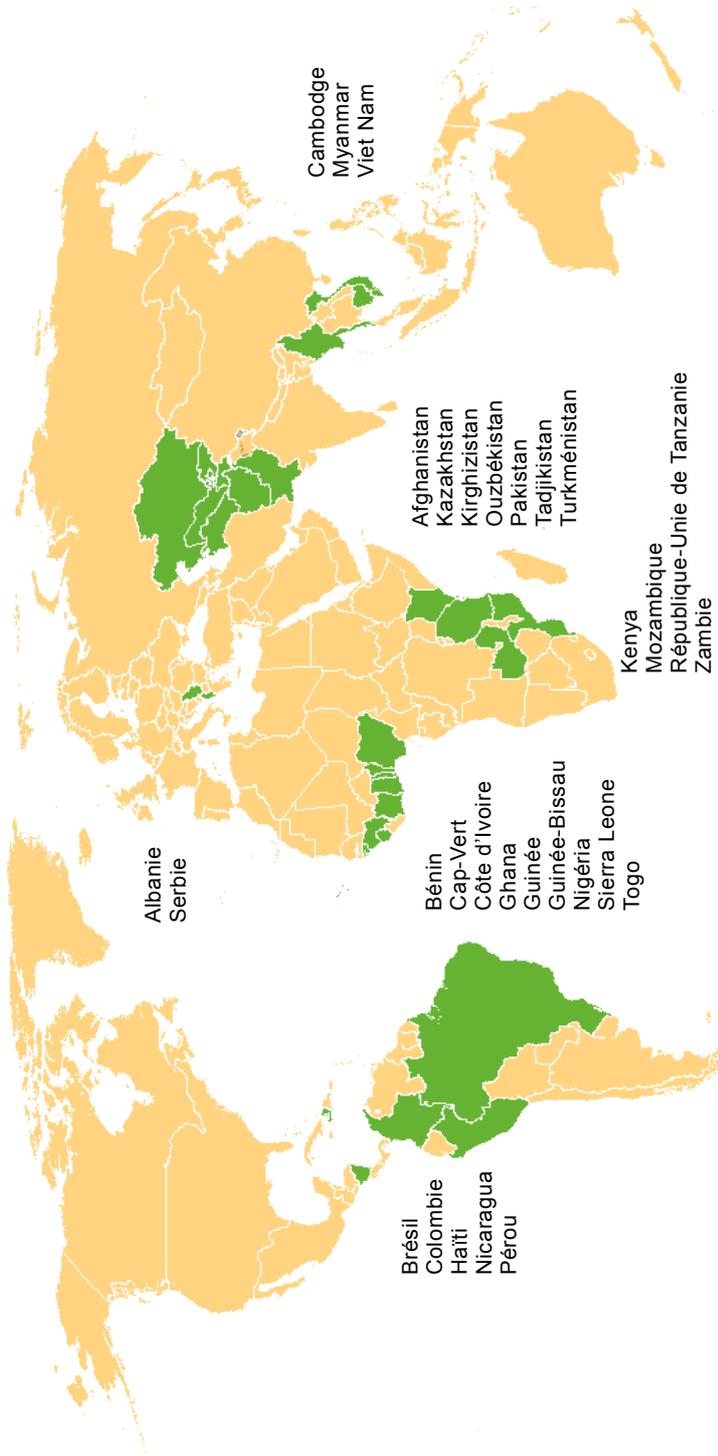
59. De plus, l'UNODC a mené en 2011 un certain nombre d'activités en application de la résolution 54/5 de la Commission des stupéfiants. Il a continué de promouvoir et d'appuyer, de concert avec l'Organisation mondiale de la Santé, une action mondiale en faveur de la mise en place de politiques, de stratégies et d'interventions fondées sur des données factuelles et des principes éthiques et visant la réadaptation et la réinsertion des toxicomanes.

60. L'UNODC a appuyé la mise en place d'une stratégie mondiale de diffusion des connaissances contribuant fortement au transfert de compétences et de bonnes pratiques grâce à la formation aux méthodes fondées sur des données factuelles dans le domaine du traitement de la toxicomanie et visant la réadaptation et la réinsertion, la généralisation des bonnes pratiques cliniques et la promotion de normes cliniques de grande qualité dans les services proposant des traitements de la toxicomanie, et ce dans plus de 25 pays. Cette stratégie a aidé à établir des liens entre les données factuelles nées de la recherche et les politiques et pratiques en matière de traitement à même de promouvoir la santé et le bien-être social des personnes, des familles et des communautés.

61. Par ailleurs, l'UNODC a appuyé des interventions dans 30 pays (voir carte 4) en vue d'y améliorer l'offre de structures de traitement, de réadaptation et de réinsertion pour ceux qui en ont le plus besoin, y compris les populations les plus marginalisées, en favorisant une prise en charge axée sur le patient et intégrée dans le système de soins de santé. Ces interventions ont favorisé la participation et la coordination entre les différents secteurs (santé, protection sociale, justice pénale et répression) ainsi qu'un juste équilibre entre les services spécialisés et les soins de santé primaires. Elles ont contribué à la mise en place d'un système de traitement intégral visant la réadaptation et la réinsertion, les services étant offerts à divers niveaux et intégrés aux différents services sanitaires et sociaux, aux structures de prise de contact et structures cliniques, hospitalières ou de jour, et aux centres de traitement et de réadaptation. Cette démarche a permis la mise en place de services à la fois accessibles et abordables, donnant aux toxicomanes, à leurs familles et aux communautés la possibilité de participer aux programmes de traitement. Grâce à

cette démarche pluridisciplinaire, les personnes concernées par la consommation de drogues et la toxicomanie pourront à terme être réadaptées et réinsérées dans la société.

Carte 4
 Pays dans lesquels l'UNODC a favorisé la mise en place de stratégies de traitement et de prise en charge fondées sur des données factuelles



Note: Les frontières et les noms indiqués et les appellations employées sur la présente carte n'impliquent ni reconnaissance ni acceptation officielles de la part de l'Organisation des Nations Unies. Les pointillés représentent approximativement la ligne de contrôle au Jammu-et-Cachemire convenue par l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif du Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été arrêté par les parties.

62. Des normes régissant le traitement de la toxicomanie ont été élaborées pour guider les États Membres et les aider dans les efforts qu'ils déploient pour mettre au point des programmes et des services appropriés de traitement s'appuyant sur des données scientifiques et issues de la recherche.

63. Par ailleurs, l'UNODC a lancé une initiative mondiale visant à favoriser de la part des organismes publics et des organisations non gouvernementales une action coordonnée, axée sur les enfants et les adolescents à risque ou déjà touchés par la consommation de drogues, la toxicomanie et ses conséquences sanitaires et sociales. L'initiative vise la prévention de la consommation, le traitement de la toxicomanie et la réinsertion des anciens toxicomanes dans la société. Elle prévoit une mobilisation à grande échelle de la société civile, des milieux universitaires, des médias et de personnalités de haut niveau. Il s'agit de lancer un appel à la prise de mesures immédiates visant à améliorer les conditions de vie des enfants du monde entier, à réduire les risques de souffrir de troubles liés à la consommation de drogues et à mettre au point des stratégies de traitement adaptées aux besoins spécifiques de cette tranche d'âge. L'UNODC a mis au point des protocoles spécialisés fondés sur des données scientifiques pour le traitement (tant psychosocial que pharmacologique) des troubles liés à la consommation de drogues chez les enfants, en y intégrant un module de renforcement des capacités visant les prestataires de services cliniques et éducatifs issus de différentes disciplines et travaillant à divers niveaux et dans diverses structures.

IV. Conclusions et recommandations

64. Il n'y a pas eu ces dernières années d'augmentation notable du nombre estimatif de consommateurs de drogues illicites dans le monde. On constate une tendance à la stabilisation ou à la baisse de la consommation de drogues traditionnelles ou classiques telles que la cocaïne et l'héroïne, particulièrement manifeste en Amérique du Nord et en Europe. Cette stabilisation est toutefois contrebalancée par l'augmentation de la consommation de ces mêmes drogues dans certaines parties de l'Afrique et de l'Asie. Dans de nombreuses régions, l'apparition de nouvelles substances de synthèse et les traitements de substitution par des médicaments délivrés sur ordonnance, ainsi que par des substances non placées sous contrôle international, posent de gros problèmes. De même, le phénomène de la polytoxicomanie rend floue la distinction entre consommateurs de différentes substances, qu'il s'agisse de substances placées sous contrôle international ou non. Il convient de surveiller et d'étudier de manière plus approfondie toutes ces tendances.

65. Les opioïdes représentent toujours une préoccupation majeure en matière de santé publique: non seulement ces substances sont celles qui sont le plus souvent injectées et à l'origine de l'infection à VIH, mais elles seraient aussi la principale cause de mortalité liée aux drogues. Les cas d'infection à VIH et les décès liés aux drogues peuvent être évités grâce à l'introduction de services fondés sur des données factuelles et visant la prévention du VIH, la prévention des surdoses, le traitement et la prise en charge. Il faut améliorer le suivi des usagers injecteurs et des cas d'infection à VIH dans les populations à risque et la notification des décès liés à la drogue pour se faire une meilleure idée de l'évolution de la situation.

66. Les interventions axées sur le traitement et la prise en charge des toxicomanes et des personnes souffrant de troubles liés aux drogues et fondées sur des données scientifiques ne correspondent pas aux besoins, qui restent pour beaucoup non satisfaits. Cela est particulièrement vrai en Asie et en Afrique, notamment dans les pays où la prévalence de l'usage est élevée et où une forte proportion de consommateurs de drogues ont besoin de telles interventions de manière urgente. Il conviendrait donc d'améliorer la couverture des services et la notification des traitements dans de nombreux pays développés et en développement.

67. Il reste nécessaire de réfléchir aux différents facteurs interdépendants qui ont pu provoquer une stabilisation de la consommation de certaines drogues ainsi qu'aux nouvelles tendances qui se dessinent en ce qui concerne d'autres drogues.

68. Pour mieux détecter et notifier l'apparition de nouvelles substances de synthèse et de nouvelles tendances dans les différentes régions du monde, il faudrait élaborer des directives concernant la mise en place de mécanismes d'alerte précoce et de notification. Il conviendrait également de déterminer par quels mécanismes les informations sur les nouvelles tendances et les caractéristiques de la consommation de drogues pourraient être échangées entre experts dans le cadre de forums régionaux et internationaux.

69. Dans de nombreux pays en développement, on ne dispose d'aucune information objective et à jour sur les tendances et les caractéristiques de la consommation de drogues. La plupart des pays n'ont pas de mécanisme de collecte et de suivi systématiques des données utilisant les principaux indicateurs épidémiologiques de l'usage de drogues. On manque de données sur les tendances de l'usage de drogues dans de grandes sous-régions comme l'Afrique de l'Ouest et centrale, l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Ouest et centrale et certaines parties de l'Asie de l'Est, les Caraïbes et certaines parties de l'Amérique latine et des États insulaires du Pacifique. Or, des éléments montrent que les pays ayant amélioré leur capacité de surveiller la situation, c'est-à-dire ayant investi des moyens dans la mise en place de mécanismes de surveillance de la consommation, sont aussi mieux à même de lutter contre leurs problèmes de drogues en fondant leur action sur des données probantes et en utilisant efficacement les ressources disponibles. Même avec les meilleures intentions, les États Membres ne peuvent sans cela élaborer ni mettre en œuvre de politiques fondées sur des données scientifiques pour réduire la demande illicite de drogues.

70. Pour donner utilement suite aux efforts de réduction de la demande, les États Membres doivent apporter leur soutien à l'UNODC pour qu'il aide d'autres États Membres à renforcer leurs capacités à surveiller la situation en ce qui concerne l'usage des drogues, par la création systématique d'observatoires nationaux des drogues.