



Conseil économique et social

Distr.: Générale
10 janvier 2002

Français
Original: Anglais

Commission des stupéfiants

Quarante-cinquième session

Vienne, 11-15 mars 2002

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

Réduction de la demande de drogues : situation mondiale en ce qui concerne l'abus des drogues, et en particulier la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) par injection de drogues

Situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues, et en particulier la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) par injection de drogues

Rapport du Secrétariat

Table des matières

| | <i>Paragraphes</i> | <i>Page</i> |
|---|--------------------|-------------|
| I. Introduction | 1-6 | 2 |
| II. Nouvelles tendances de l'abus de drogues dans le monde | 7-42 | 3 |
| A. Héroïne | 7-16 | 3 |
| B. Stimulants de type amphétamine | 17-26 | 6 |
| C. Cocaïne | 27-33 | 8 |
| D. Cannabis | 34-42 | 10 |
| III. L'injection de drogues et la transmission d'infections virales hématogènes | 43-47 | 11 |
| IV. La collecte de données : constituer un réservoir d'informations pour agir | 48-49 | 12 |
| V. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les toxicomanes au cœur de l'élaboration d'un dispositif renforcé destiné à réduire la demande de drogues. | 50-53 | 13 |
| Annexe. Tendances des abus et rapports par pays | | 17 |

* E/CN.7/2002/1

I. Introduction

1. Dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (résolution S-26/2) que l'Assemblée générale a adoptée à sa vingt-sixième session extraordinaire tenue du 25 au 27 juin 2001, les chefs d'État et de gouvernement et représentants d'État et de gouvernement se sont engagés à rechercher des solutions à la crise du VIH/sida, notamment en veillant à ce que les questions relatives au VIH/sida soient inscrites à l'ordre du jour de toutes les conférences et réunions des Nations Unies qu'elles peuvent concerner. À la réunion intersessions qu'elle a tenue le 16 novembre 2001, la Commission des stupéfiants a décidé d'inscrire à son ordre du jour la question du VIH/sida, étant donné les incidences considérables de la consommation de drogues par injection sur la transmission du VIH et du sida et conformément à la Déclaration. En conséquence, le présent rapport sur la situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues traite également de la propagation de l'infection par le VIH et du sida par injection de drogues.

2. Le présent rapport analyse les schémas et tendances de la consommation de drogues illicites en 2000. On y trouvera une description analytique des schémas de la consommation pour chaque type de drogue, une étude des problèmes d'injection virale que pose la drogue et un exposé des nouveaux moyens dont on dispose à l'échelle mondiale pour observer l'abus de drogues illicites. Cette question est d'autant plus importante que l'on s'approche de l'examen à mi-parcours (prévu pour 2003) des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs que l'Assemblée a fixés à sa vingtième session extraordinaire. Il va de soi que l'on ne pourra procéder à cet examen que si l'on appréhende au préalable la nature et l'étendue du problème que posent les drogues à l'échelle mondiale. On trouvera exposés à la section V la question de la disponibilité de données et les mesures prises pour améliorer les informations dont on dispose au niveau mondial. Une attention particulière est portée à l'injection de drogues et à ses effets sur l'infection par le VIH, question qui demeure un enjeu de taille dans l'action à mener pour réduire la demande et, partant, les coûts sanitaires et sociaux de l'abus des drogues.

3. La présente étude se fonde sur les informations données par les 80 pays qui, au 13 décembre 2001, avaient répondu à la deuxième partie du questionnaire destiné à l'établissement des rapports annuels pour 2000 au titre des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Le taux de réponse à ce questionnaire, qui avait été envoyé en 2000 à 193 pays, s'est établi à 41 %, inférieur aux années précédentes puisque 117 pays avaient répondu en 1999 et 112 en 1998. Toutefois, ces chiffres sont, dans une certaine mesure, trompeurs; en effet, parmi les réponses reçues, le nombre de questions pour lesquelles aucune information n'est fournie est régulièrement élevé. Ainsi donc, les données sur lesquelles se fonde effectivement l'analyse sont encore moins nombreuses que le taux de réponse ne pourrait donner à penser. Par exemple, seuls 45, 26 et 51 pays, respectivement, ont répondu, pour la période à l'étude, à des questions élémentaires sur l'évolution de la consommation des principales drogues (héroïne, cocaïne et cannabis). Ceci signifie que les données analysées ne concernaient qu'entre 13 % et 27 % des États Membres. La situation est encore plus grave pour des questions d'ordre plus quantitatif, telles que celles posées dans la section relative à l'estimation de la prévalence: le taux de réponse est trop faible pour permettre une véritable analyse.

4. L'absence de réponse à certaines questions n'est pas toujours imputable au manque d'information dans le pays concerné. Deux autres facteurs semblent jouer un rôle important. D'une part, en effet, l'absence de réponse est due au fait que la deuxième partie du questionnaire laissait à désirer. Consciente de ce phénomène, la Commission a demandé qu'elle soit révisée et que la nouvelle version s'applique à partir de 2001. D'autre part, des problèmes de coordination semblent se poser dans la mesure où, pour certains rapports, il n'a pas été tiré parti des informations que l'on sait être disponibles dans les États Membres. Ainsi, dans de nombreux cas, il existe des données publiées par les autorités nationales, ou par des organismes régionaux pour le compte des autorités nationales, qui n'ont malgré tout pas été prises en compte dans les réponses au questionnaire. Consciente également de ce problème, la Commission a, dans sa résolution 44/3, demandé aux États d'examiner le mécanisme actuellement utilisé pour rassembler et soumettre les données pour la deuxième partie du questionnaire destiné aux rapports annuels et d'envisager de désigner un centre de liaison technique pour aider à rassembler

ces données. Il est à espérer que les perfectionnements apportés à la deuxième partie du questionnaire et l'amélioration de la coordination conduiront à améliorer le taux de réponse, pour ce qui est tant du nombre de pays répondant au questionnaire que du nombre de questions auxquelles une réponse est donnée.

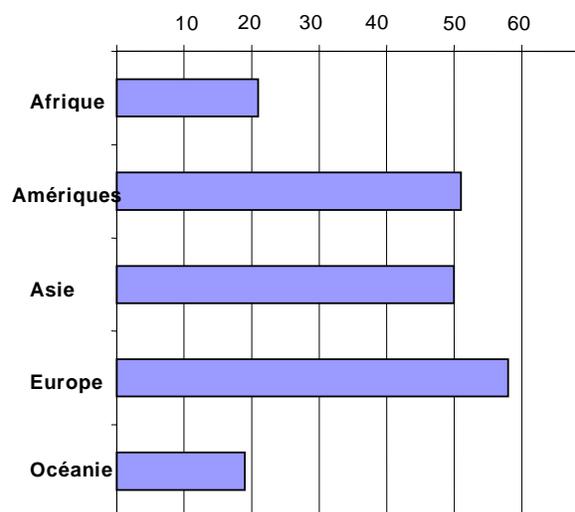
5. Pour étendre la portée du présent rapport, on a tenu compte, parallèlement aux réponses apportées au questionnaire, de données provenant d'autres sources de référence, telles que les rapports nationaux que certains pays ont joints à leur réponse. La prise en compte de renseignements complémentaires est d'usage depuis quelques années et se fait avec l'accord de la Commission.¹

Tableau 1. Analyse du taux de réponse à la deuxième partie du questionnaire destiné aux rapports annuels, par région

| Région | Questionnaires envoyés | Questionnaires complétés | Pays ayant répondu au questionnaire (en pourcentage) |
|--------------|------------------------|--------------------------|--|
| Afrique | 53 (27%) | 11 (14%) | 21 |
| Amériques | 35 (18%) | 18 (22%) | 51 |
| Asie | 44 (23%) | 22 (28%) | 50 |
| Europe | 45 (24%) | 26 (32%) | 58 |
| Océanie | 16 (8%) | 3 (4%) | 19 |
| Total | 193 (100%) | 80 (100%) | |

6. L'une des raisons pour lesquelles on complète à l'aide d'autres sources les données fournies dans les réponses au questionnaire est que cela permet d'avoir une vision plus objective de la situation par région. Le tableau 1 ventile par région les réponses reçues et la figure ci-dessous indique le pourcentage de pays ayant répondu pour chaque groupe régional. Dans l'ensemble, aucune région n'est bien représentée. Même en Europe, pour laquelle le taux de réponse est le plus élevé, près de la moitié des États Membres n'ont pas répondu. Cette analyse élémentaire fait apparaître que les pays africains sont particulièrement mal représentés et que, d'une manière générale, le taux de réponse des pays développés était plus élevé. Les pays d'Océanie sont également sous-représentés en ce qui concerne le taux de réponse. Il est à noter toutefois que ce sont les pays les plus peuplés de cette région qui ont répondu au questionnaire.

Figure. Pays et territoires ayant répondu au questionnaire, par région (en pourcentage)



II. Nouvelles tendances de l'abus de drogues dans le monde

A. Héroïne

7. L'abus d'héroïne demeure au premier plan des préoccupations de nombreux pays et ses effets sont des plus néfastes tant pour la personne que pour la société. Les personnes qui abusent de cette substance utilisent généralement de l'héroïne à fumer, à injecter, voire à priser (par inhalation nasale). L'abus d'héroïne par injection est particulièrement dangereux, surtout lorsque l'utilisateur, par son comportement, s'expose au risque d'infection virale. Il importe donc de suivre l'évolution des modes de consommation habituels des héroïnomanes. On trouvera exposées ci-après en détail les questions en rapport avec l'infection d'héroïnomanes par le VIH et par d'autres virus. Pour ce qui est des informations données dans leur réponse au questionnaire, 27 pays (soit 60 %) indiquent que, au cours de la période à l'étude, l'abus d'héroïne s'est aggravé, tandis que neuf pays (soit 20 %) signalent que la situation demeure inchangée et neuf autres (soit 20 %) que l'abus a diminué.

8. Un tour d'horizon rapide des réponses reçues donne à penser que l'héroïne n'est que peu consommée en Amérique latine et dans les Caraïbes. De même, en Afrique, l'abus de cette substance n'est pas perçu comme étant répandu, bien que l'on signale une augmentation préoccupante de la consommation dans certaines grandes agglomérations. Ceci montre combien il importe de suivre l'évolution de la situation sur ce continent afin de déceler rapidement l'apparition de problèmes. Pour ce qui est de l'Amérique du Nord, si des problèmes ont été signalés, il semble que l'abus d'héroïne demeure stable, bien que l'on se préoccupe d'une augmentation possible de la consommation parmi les jeunes, peut-être par inhalation. En Europe, l'héroïne est la substance qui pose le plus de problèmes. Si la situation est signalée comme étant stable dans les pays de l'Union européenne, l'abus s'aggrave dans les pays d'Europe orientale. En Fédération de Russie et dans les pays voisins, il pose de sérieux problèmes et l'on s'inquiète de l'augmentation de la consommation par injection. L'abus d'héroïne pose également des problèmes dans nombre de pays d'Asie centrale. Il en va de même pour l'Asie du Sud-Est, bien que, dans certains pays de cette sous-région, il demeure stable, voire régresse, à mesure que la méthamphétamine devient, dans de nombreux pays, la principale drogue consommée. En Australie, l'abus d'héroïne a aussi régressé, par suite d'une pénurie de l'offre, mais ce phénomène explique peut-être la recrudescence de la consommation de cocaïne, de méthamphétamine et d'autres substances.

9. Tous les pays d'Europe orientale qui ont répondu au questionnaire ont fait état d'une progression de l'abus d'héroïne; cette progression est particulièrement sensible au Bélarus, en Grèce, en Hongrie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne et en Roumanie, et moins prononcée en Estonie et en République tchèque. Si la plupart des pays d'Europe occidentale indiquent que l'abus d'héroïne demeure stable (Danemark, Irlande, Liechtenstein, Pays-Bas et Suisse), d'autres font état d'une aggravation de la situation (Finlande, Suède et Turquie), l'Espagne et le Portugal signalant, pour leur part, une légère régression.

10. En Europe, le phénomène récent le plus notable est donc la progression de la consommation d'héroïne et l'aggravation des problèmes concomitants dans les pays d'Europe orientale, qui

se rapprochent ainsi des pays d'Europe occidentale, où l'abus s'est stabilisé. En Europe orientale, l'héroïne a ainsi remplacé les opiacés traditionnels de fabrication artisanale, et la consommation par injection ainsi que la mortalité liée aux drogues (dont on pense qu'elle est due essentiellement à la surdose d'opiacés), ont augmenté. Les problèmes que posent l'injection d'héroïne sont particulièrement notables en Fédération de Russie, où ils se sont sensiblement aggravés depuis le milieu des années 90.² On a également fait état de consommation d'héroïne à fumer parmi les élèves des établissements scolaires de pays d'Europe orientale. Il ressort du Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues (1999), qui porte sur la population étudiante de 30 pays européens, que sur la durée de vie, la consommation d'héroïne à fumer s'établissait à 3 % en moyenne. Il est à noter, cependant, que ce chiffre recouvre des situations très variées selon les pays, la prévalence sur la durée de vie étant particulièrement élevée en Lettonie et en Roumanie (7 % à 8 %), en Croatie, en Fédération de Russie, en Italie, en Lituanie et en Pologne (4 % à 5 %). La consommation d'héroïne par injection n'a été que bien plus rarement signalée.³

11. Les États-Unis d'Amérique ont indiqué que l'abus d'héroïne demeurerait stable, bien que des données publiées par le Community Epidemiology Work Group (CEWG) donnent à penser qu'il se répand dans les banlieues ainsi que dans les agglomérations rurales et parmi les jeunes, les indicateurs correspondants ayant progressé dans 15 villes. Ce pays rapporte que la consommation d'héroïne est souvent associée à celle de cocaïne, soit simultanément, soit parallèlement.⁴ Dans ce pays, alors que la prévalence sur la durée de vie de la consommation d'héroïne parmi les lycéens d'établissements publics et privés s'était chiffrée, dans les années 90, de 0,9 % à 2,4 %, la consommation de cette substance en 2000 a progressé parmi les lycéens des grandes classes (dernière année du secondaire), tout en régressant parmi les lycéens plus jeunes (fin du premier cycle du secondaire).⁵ Le Canada a fait état d'une certaine progression de l'abus d'héroïne en 2001, la prévalence sur la durée de vie s'établissant, parmi les lycéens de l'État d'Ontario,⁶ à 2,8 % en 1999 contre 1,9 % pour l'année écoulée.

12. Plusieurs pays d'Amérique latine –la Colombie, le Mexique et le Panama– ont signalé une certaine progression de l'abus d'héroïne, alors que la situation est demeurée stable au Chili. Dans les Caraïbes, bien que l'abus d'héroïne ne soit pas indiqué comme étant répandu, il existe une certaine consommation de cette

substance. Quelques problèmes ont été signalés parmi des sujets sous traitement au Suriname, et, en Haïti, un petit nombre d'étudiants (0,3 %) ont indiqué avoir consommé cette drogue au cours du mois écoulé.⁷

13. Phénomène nouveau, la consommation d'héroïne se répand dans des régions en développement où elle était quasiment inconnue. C'est le cas dans plusieurs pays d'Afrique de l'Est au cours des dix dernières années (Kenya, Ouganda et République-Unie de Tanzanie), mais les niveaux précédents étaient très faibles ; on note aussi que les jeunes adultes sud-africains continuent de consommer cette substance. On craint que, dans certains pays d'Afrique de l'Est, le trafic local d'héroïne puisse avoir des incidences sur la consommation abusive.⁸ Plusieurs autres pays africains ont fait état, dans leurs réponses au questionnaire, d'une progression de la consommation d'héroïne (Afrique du Sud, Cameroun, Namibie et Zambie). Seuls deux autres pays africains ont donné des informations sur la consommation de cette substance: le Zimbabwe (situation stable) et le Nigeria (légère régression). Si, en Afrique, l'héroïne n'est normalement pas consommée par injection, il apparaît de plus en plus que la situation change dans certaines agglomérations (Kenya, Nigeria et République-Unie de Tanzanie).⁹ Contrairement à ce qui se passe dans la majorité des pays du continent, on trouve à Maurice une population établie de consommateurs d'opiacés par injection, en évolution entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, mais stable depuis plusieurs années.

14. En Asie du Sud-Est, alors que la consommation d'héroïne et d'opiacés continue de poser de sérieux problèmes, certains indices donnent à penser qu'elle a légèrement régressé. C'est le cas notamment au Japon, en Indonésie, en Malaisie, au Myanmar, dans la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et à Singapour; le Brunei Darussalam, en revanche, fait état d'une consommation stable. Les raisons données pour expliquer la régression de la consommation d'héroïne dans cette sous-région varient. Le Myanmar indique par exemple que la production d'héroïne a brutalement chuté à la suite des opérations de répression, et que les héroïnomanes ont commencé à se tourner vers d'autres substances. De mauvaises conditions climatiques ont sans doute aussi contribué à la baisse de la production d'opium

dans cette partie du monde.¹⁰ Il semble également que, dans certains de ces pays, la méthamphétamine ait remplacé l'héroïne. Certains pays d'Asie ont par exemple indiqué que, parmi les nouveaux consommateurs de drogues, la méthamphétamine était préférée à l'héroïne.

15. En Asie centrale, l'abus d'héroïne continue de poser de sérieux problèmes, bien qu'en l'absence de données fiables, il soit difficile d'analyser son évolution. En outre, il est encore trop tôt pour évaluer les incidences de la situation actuelle en Afghanistan sur les caractéristiques de la consommation d'héroïne dans la région. Compte tenu du nombre de personnes touchées, de la prévalence de la consommation de drogue par injection et du manque de ressources permettant d'assurer aux usagers de drogues un traitement et d'autres services, la situation en Asie centrale est particulièrement préoccupante. L'héroïne pose des problèmes croissants au Kazakhstan, au Kirghizistan, au Tadjikistan et au Turkménistan. La progression de la consommation de drogue par injection est fort inquiétante. Bien qu'il soit difficile, là aussi, de se faire une idée précise de la situation du fait de l'insuffisance des données actuellement disponibles, le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) a mené dans la région, en collaboration avec les autorités, une série d'enquêtes d'évaluation, dont il sera rendu compte en 2002. En Inde, au Pakistan et en République islamique d'Iran, un grand nombre de personnes abusent d'opiacés. Les estimations concernant l'ensemble de la population d'héroïnomanes dans ces pays varient sensiblement, certaines données indiquant des taux de prévalence extrêmement élevés parmi les personnes du sexe masculin. D'après une enquête menée en 1996 en Inde, 500 000 à 600 000 personnes étaient pharmacodépendantes et le nombre de toxicomanes serait de l'ordre de trois millions. Une évaluation effectuée récemment au Pakistan montre que l'héroïne constitue un grave problème, le nombre d'héroïnomanes chroniques du sexe masculin étant estimé à environ 500 000. Il en va de même pour la consommation de drogues par injection, quelque 15 % des héroïnomanes utilisent régulièrement ce mode d'administration, lequel était négligeable vers le milieu des années 90. Il n'existe pas de données fiables sur les taux de prévalence au Bangladesh, mais des enquêtes d'évaluation rapide réalisées en 1996 donnent à penser que l'héroïne constitue un véritable problème dans ce pays.

16. En Australie, la consommation d'héroïne a récemment baissé, et ce phénomène s'est accompagné d'une réduction du nombre d'overdoses. Cette évolution a été attribuée à la "pénurie" d'héroïne qui a commencé au début de l'année 2001¹¹ et s'est traduite par une hausse des prix, une pureté moindre et une baisse de l'offre. Alors que les problèmes généralement liés à l'héroïnomanie, et en particulier celui de l'overdose, ont perdu en intensité à la suite de la "pénurie" d'héroïne, on note une augmentation concomitante de la consommation d'autres substances par injection (notamment de cocaïne et d'amphétamine) et de nouveaux problèmes liés à l'injection de stimulants^{12,13}. Selon l'enquête nationale annuelle sur les usagers de drogues par injection, l'héroïne a été en 2001, la drogue la plus souvent consommée par cette voie pour 36 % d'entre eux seulement, contre 58 % en 2000¹⁴. Des études sont actuellement menées sur les facteurs associés à la "pénurie" d'héroïne et il sera intéressant de voir si le recul des problèmes liés aux opiacés est durable. Le nombre d'héroïnomanes en Australie a été évalué en 1998 à 74 000 personnes, soit 6,9 pour 1 000 habitants –une augmentation régulière mais non négligeable par rapport au nombre estimé d'usagers d'héroïne au milieu des années 80 (environ 34 000 personnes, soit 3,7 pour 1 000 habitants)¹⁵.

B. Stimulants de type amphétamine

17. L'expression "stimulants de type amphétamine" a été adoptée pour désigner les drogues synthétiques qui stimulent le système nerveux central, notamment l'amphétamine, la méthamphétamine et le groupe de substances chimiquement apparentées à l'ecstasy (méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA) et substances analogues). Il convient de noter qu'à la similarité chimique de ces substances ne correspond pas un schéma de consommation uniforme. En effet, on relève notamment un abus chronique et une dépendance chez les groupes socialement marginalisés, un abus à des fins récréatives chez les jeunes souvent bien intégrés dans la société et un usage de stimulants dans un but fonctionnel par certains groupes professionnels ou dans des conditions de travail particulières. La morbidité et la mortalité associées à l'abus de stimulants de type amphétamine varient également en fonction du mode d'administration, ces stimulants comprenant des substances qui peuvent

être injectées, fumées, reniflées/inhalées ou ingérées.

18. Dans dix-sept des vingt pays (86 %) qui ont communiqué des données sur les tendances de l'abus de méthamphétamine, la consommation de cette substance a augmenté. L'abus d'amphétamine est en revanche resté stable dans la plupart des pays qui ont répondu au questionnaire, seuls onze d'entre eux (58 %) ayant signalé une progression. Seules la République tchèque et la Hongrie ont noté une baisse de l'abus d'amphétamine et de méthamphétamine. Outre les pays qui ont communiqué des données sur l'abus d'amphétamine et de méthamphétamine, neuf pays et territoires ont signalé une progression de l'abus de l'ensemble des stimulants de type amphétamine (Australie, Indonésie, Islande, Lituanie, Myanmar, Nouvelle-Zélande, Pologne, RAS de Macao (Chine) et République de Moldova) et six autres ont fait état de stabilité (Allemagne, Espagne, États-Unis, Grèce, Lettonie et Pays-Bas). Il y a lieu cependant de noter, en ce qui concerne l'obligation de fournir des données sur les stimulants de type amphétamine, que le groupe "ecstasy" n'est pas adéquatement traité dans la version du questionnaire destiné aux rapports annuels qui a été adressée aux États.

19. Tous les États d'Asie du Sud-Est qui ont répondu au questionnaire (Brunei Darussalam, Inde, Japon, Malaisie, Philippines, RAS de Hong Kong et Singapour), ont signalé une aggravation de l'abus de méthamphétamine. D'après les dernières données communiquées par la Thaïlande, l'abus de méthamphétamine a également progressé chez les jeunes en 1999, cette substance ayant, semble-t-il, supplanté l'héroïne pour devenir le principal sujet de préoccupation. Les statistiques fournies par le Central Registry of Drug Abuse de la SAR de Hong Kong font apparaître une augmentation de 127 % pour les stimulants de type amphétamine entre 1999 et 2000. En outre, d'après les données émanant de la région, de nombreuses personnes consomment de la méthamphétamine sous sa forme cristalline, connue sous le nom local de "shabu", car elle se fume facilement et produit des effets plus intenses. Fumer est un mode d'administration extrêmement efficace, semblable à l'injection pour ce qui est de la rapidité d'action et de la biodisponibilité, donc susceptible d'entraîner des taux de dépendance plus élevés et davantage de problèmes que d'autres modes d'administration moins efficaces. Ce phénomène est particulièrement inquiétant, dans la mesure où une tendance à fumer la méthamphétamine se dessine dans certains pays. Ainsi, en Thaïlande, au cours des cinq

dernières années, la méthamphétamine a cessé d'être ingérée (administration orale) pour être fumée, et en 1999 la plupart des consommateurs la fumaient. C'est parmi les étudiants et les jeunes que l'usage de méthamphétamine est le plus répandu, mais certains groupes, tels que les chauffeurs routiers qui parcourent de longues distances, en consomment aussi dans un but fonctionnel.

20. Une progression de l'abus de stimulants de type amphétamine a également été signalée en Australie et en Nouvelle-Zélande. L'Australian Illicit Drug Reporting System a noté une augmentation constante de l'usage de formes plus pures de méthamphétamine, notamment de méthamphétamine "ice" et "base" en 2001. Il ressort en outre que la récente "pénurie" d'héroïne s'est également traduite, dans certaines régions d'Australie, par une progression de la consommation de méthamphétamine par injection.

21. L'abus d'amphétamine et de méthamphétamine a reculé en République tchèque et en Hongrie, mais est demeuré stable ou a progressé dans les autres pays européens. Il est à noter que la majeure partie de l'amphétamine que l'on trouve en Europe se présente sous forme de sulfate d'amphétamine. En ce qui concerne la méthamphétamine, les problèmes sont pour l'essentiel circonscrits à la République tchèque, mais, phénomène inquiétant, des indices montrent que cette substance pourrait devenir disponible dans certains pays de l'Union européenne, même s'il ne s'agit que de cas isolés. Compte tenu du risque particulièrement élevé d'abus de cette substance et des problèmes de comportement qui y sont associés, la situation est extrêmement préoccupante. Il s'avère donc tout à fait nécessaire de surveiller la diffusion éventuelle de cette drogue en Europe afin d'effectuer, le cas échéant, des interventions précoces.

22. L'abus de stimulants de type amphétamine a progressé dans de nombreuses villes d'Europe orientale dans les années 90. L'usage d'ecstasy tend nettement à croître dans les villes d'Europe occidentale comme d'Europe orientale. Les données les plus récentes émanant de la région montrent cependant que sur la durée de vie, le pourcentage d'usagers d'amphétamine reste encore bien inférieur à 5 % de l'ensemble de la population dans la plupart des pays. Parmi les pays de l'Union européenne, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (données concernant l'Angleterre et le Pays de

Galles) a signalé un taux particulièrement élevé –10 % de l'ensemble de la population– de consommation d'amphétamine au cours de la vie.¹⁶ D'après l'enquête sur les jeunes effectuée dans le cadre du Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues, le pourcentage d'usagers de stimulants de type amphétamine (en particulier d'amphétamine) chez les adolescents européens était, en général, nettement inférieur à celui relevé pour la même classe d'âge aux États-Unis. En Europe, le pourcentage moyen d'usagers tant d'amphétamine que d'ecstasy au cours de la vie était de 2 % chez les adolescents âgés de 15 à 16 ans. Si les tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine dans l'Union européenne sont hétérogènes et imposent une surveillance étroite, la situation semble néanmoins se stabiliser dans l'ensemble.

23. Plusieurs pays des Amériques (Argentine, Canada, Colombie, Mexique et Pérou) ont signalé une progression de l'abus de méthamphétamine. La situation quant à l'abus d'amphétamine paraît plus stable dans les Amériques, où seuls le Chili et la Colombie ont indiqué une certaine progression, tandis que l'Argentine, le Canada et El Salvador ont noté, eux, une stabilité. Aux États-Unis, les données révèlent une aggravation de l'usage de méthamphétamine de fin 1999 à début 2000, dans les régions où l'abus de méthamphétamine est généralement élevé, après avoir enregistré une tendance à la baisse avant 1999. La consommation de méthamphétamine reste concentrée dans les États de l'ouest du pays et dans quelques zones rurales du territoire. Les données des services d'urgence de six des sites de surveillance du CEWG (Atlanta, Denver, Phoenix, St. Louis, San Diego et Seattle) font apparaître des hausses non négligeables. La méthamphétamine est toujours la drogue la plus fréquemment indiquée par les patients admis en traitement à Honolulu et à San Diego. L'usage de méthamphétamine et de cristaux de méthamphétamine ("ice") a légèrement baissé chez les lycéens aux États-Unis. La prévalence au cours de la vie de la consommation de méthamphétamine est tombée de 4,5 %-8,2 % en 1999 à 4,2 %-7,9 % en 2000 chez les plus jeunes (élèves des huitième, dixième et douzième années). La même tendance a été observée chez les lycéens des grandes classes en ce qui concerne celle de la consommation d'"ice", qui a chuté de 4,8 % en 1999 à 4 % en 2000. Aux États-Unis, la prévalence de l'usage d'amphétamine au cours de la vie chez les jeunes lycéens (huitième, dixième et douzième années) a progressé au cours des années 90. Elle a atteint des niveaux record chez ceux des huitième et dixième

années en 1996 (13,5 % et 17,7 %, respectivement) et chez ceux de douzième année en 1997 (16,5 %). Les données sur la prévalence au cours de la vie pour 2000 indiquent une légère tendance à la baisse de l'usage de l'amphétamine pour l'ensemble des élèves, bien que les taux atteignent encore 9,9 % en huitième année, 15,7 % en dixième année et 15,6 % en douzième année.

24. L'abus de drogues de type ecstasy suscite aujourd'hui une vive inquiétude aux États-Unis. Les données disponibles montrent en effet que la consommation d'ecstasy est plus répandue que celle de cocaïne chez les jeunes Américains. L'usage d'ecstasy a progressé dans toutes les classes d'âge, d'après la dernière étude intitulée *Monitoring the Future Study*. Chez les élèves de huitième année, le taux de prévalence au cours de l'année écoulée a augmenté, passant de 1,7 % à 3,1 % entre 1999 et 2000. Chez ceux de dixième année, il est passé de 4,4 % à 5,4 % pour la même période et chez ceux de douzième année, de 5,6 % à 8,2 %. Selon le réseau de surveillance du CEWG, l'abus d'ecstasy s'est répandu, 13 régions réparties sur tout le territoire américain ayant signalé des hausses récentes. L'ecstasy est consommée dans divers environnements –raves, fêtes privées et bars de célibataires– et certaines données révèlent un rajeunissement des populations concernées. Le nombre de patients des services des urgences signalant un abus de MDMA a également augmenté, passant de 250 cas en 1994 à 2 850 cas en 1999. L'abus d'ecstasy suscite également des inquiétudes au Canada. Les données récentes fournies par l'Ontario montrent que l'usage d'ecstasy est extrêmement courant chez les hommes jeunes, cette drogue étant consommée par trois fois plus d'hommes que de femmes. La plupart des consommateurs ont entre 18 et 29 ans.

25. Si le cannabis et la cocaïne demeurent les drogues les plus consommées dans les Caraïbes, l'offre de stimulants de type amphétamine, et en particulier la progression de l'offre d'ecstasy, ne manquent pas d'inquiéter. L'usage d'ecstasy a été signalé à Aruba, aux Bahamas, en République dominicaine, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et au Suriname. Des préoccupations suscitées par l'émergence de l'usage d'ecstasy ont été exprimées lors d'une récente réunion du réseau d'informations sur les drogues pour les Caraïbes.¹⁷ D'après une enquête effectuée en 2000 dans les îles Caïmanes, le taux de prévalence de la consommation d'ecstasy au

cours de la vie est de 2,6 %.¹⁸ Des niveaux préoccupants d'usage d'amphétamine ont également été notés dans une étude de 2000 sur la population scolaire dans l'agglomération de Port-au-Prince: près de 12 % (11,7 %) des élèves ont indiqué avoir consommé de l'amphétamine au cours du mois précédent, alors que les taux correspondants de prévalence de la consommation de marijuana et de cocaïne sont nettement inférieurs.

26. Une progression de l'usage de stimulants de type amphétamine a été signalée en Afrique du Sud, au Cameroun, en Namibie et au Zimbabwe. Au Nigéria, la situation est stable. Là encore, il est difficile d'évaluer les tendances générales de l'abus de stimulants de type amphétamine en Afrique en raison du manque de données fiables. Cependant, l'abus de stimulants de type amphétamine ne semble pas être un grave problème en Afrique australe et orientale, alors que d'autres régions du continent, où la situation est moins claire, suscitent des inquiétudes.

C. Cocaïne

27. La cocaïne reste la drogue qui suscite le plus de préoccupations aux Amériques et dans les Caraïbes. L'abus de cette substance n'est toutefois pas limité à ces régions puisqu'il est également signalé ailleurs dans le monde. Cela étant, c'est aux Amériques que les problèmes liés à la cocaïne se posent avec le plus d'acuité en termes de nombre de personnes touchées. Comme c'est le cas avec d'autres drogues, le mode d'administration aide beaucoup à comprendre les habitudes de consommation. La cocaïne base pouvant relativement aisément être transformée en sels, elle peut tout aussi bien être inhalée, injectée ou fumée. L'injection est d'ordinaire la méthode la moins usitée. Les produits à base de cocaïne qui sont fumés, comme le crack, sont particulièrement nuisibles. La dépendance et la consommation régulière ne sont pas rares avec ce mode d'administration, et fumer du crack est très fortement associé à des comportements socialement dommageables tels que la délinquance. Certains éléments permettent d'établir un lien entre le fait de fumer de la cocaïne et une probabilité élevée d'infection par le VIH, que ce soit en raison d'une fréquence accrue de relations sexuelles à haut risque ou du recours à la prostitution en échange d'argent ou de drogue. Il s'agit là d'un sujet de sérieuse préoccupation dans beaucoup de pays d'Amérique latine et des Caraïbes où la consommation de drogues par injection est peu répandue. Sur les 25 pays ayant communiqué des données sur les tendances relatives à la cocaïne dans

leurs réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels, quinze ont signalé une augmentation de la consommation, sept une situation stable et trois un fléchissement.

28. S'agissant de l'abus de cocaïne, les indications provenant d'Amérique latine font état soit d'une situation stable, soit d'une progression, comme c'est le cas au Chili, en Colombie, en El Salvador, au Mexique et au Pérou. L'Argentine, le Costa Rica et le Panama ont fait savoir que les niveaux de consommation étaient inchangés, et les Bahamas sont l'unique pays à signaler une diminution.

29. L'usage de cocaïne et de crack poursuit son déclin dans la plupart des régions des États-Unis, et cette tendance est particulièrement sensible là où l'abus de ces drogues atteignait un niveau extrêmement élevé par le passé, comme dans le nord-est, la zone centrale de la côte atlantique et le centre-ouest. Il semble que les consommateurs de crack soient plus âgés, bien que la consommation totale reste élevée, à l'instar des taux de morbidité et de mortalité associés à cette drogue, la cocaïne étant à l'origine de la plupart des décès liés à l'usage de drogues dans neuf des sites du CEWG. La cocaïne est fréquemment consommée avec d'autres substances, que ce soit en même temps ou non.⁴ L'abus de cocaïne (y compris de crack) parmi les lycéens a par ailleurs reculé entre 1999 et 2000, alors qu'il avait légèrement augmenté chez ceux des huitième, neuvième et dixième années au cours des années 90, la prévalence au cours de la vie s'établissant à 6,9 % parmi les jeunes en dixième année, selon l'enquête menée en 2000.⁵ Les données concernant l'Ontario au Canada, révèlent également un déclin de l'abus de cocaïne entre le milieu des années 80 et 1998; cette tendance s'est toutefois inversée par la suite, le taux de prévalence au cours de la vie passant de 4,6 % en 1998 à 6,4 % en 2000.⁶

30. Aux Caraïbes, l'abus de cocaïne est maintes fois mentionné. Les quinze pays participant au réseau d'information sur les drogues pour les Caraïbes en ont tous fait état.^{19, 20} Selon les enquêtes menées en milieu scolaire, l'usage au cours de la vie concerne entre 1,3 % et 1,7 % des jeunes lycéens^{19, 20}. Une étude sur les consommateurs de drogues réalisée à la Barbade révèle que la cocaïne est la drogue de prédilection de 6 % d'entre eux. Les taux de prévalence parmi les populations à risque sont probablement bien supérieurs. Le réseau de surveillance récemment constitué dans la région

s'est emparé de la question, et des études ciblées ainsi que des enquêtes en milieu scolaire sont prévues pour l'année à venir.

31. Plusieurs pays européens, à savoir le Bélarus, l'Espagne, la Hongrie, l'Irlande et le Portugal, ont signalé une augmentation de l'abus de cocaïne. Les seuls autres pays de la région à avoir communiqué des données relatives à cette drogue (Liechtenstein, République tchèque et Suisse) font état d'une situation stable. Tandis que l'on s'inquiète d'une progression de la consommation, en particulier dans certaines très grandes villes, les données restent contrastées. En Europe occidentale, on signale une tendance globalement à la hausse de la prévalence de l'abus de cocaïne au cours des années 90, mais l'évolution de la situation demeure mal connue.² L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies indique qu'il n'y a pour l'instant en Europe aucun indice tangible d'augmentation générale de l'abus de cocaïne, que ce soit dans l'ensemble de la population ou parmi les jeunes scolarisés.¹⁶ Chez les 15-16 ans, le taux de prévalence au cours de la vie reste faible s'établissant à 1 % en moyenne. Cependant, des études ciblées sur les consommateurs font apparaître un niveau élevé de consommation de poudre de cocaïne à des fins récréatives dans le cadre de certaines manifestations sociales, en particulier parmi les groupes fréquentant les discothèques et les clubs. En outre, selon des données concernant de grandes agglomérations, il se pourrait que l'abus de cocaïne progresse dans certaines zones délimitées.

32. Si la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie oscille généralement, chez les jeunes adultes, entre moins de 1 % et 6,4 %, des études ciblées sur ce groupe d'âge révèlent que, parmi les jeunes qui fréquentent les clubs, ce taux peut atteindre 42 % à 62 %.^{3, 16} Au Royaume-Uni, les éléments témoignant de niveaux élevés d'abus de cocaïne parmi les jeunes dans certaines zones urbaines sont de plus en plus nombreux. Il apparaît de l'enquête sur la criminalité en Grande-Bretagne menée en 2000 que plus de 11 % des jeunes de 16 à 29 ans résidant à Londres ont consommé de la cocaïne au cours des 12 mois précédents; les chiffres concernant les autres régions sont toutefois bien inférieurs. Il est à craindre, y indique-t-on, que les jeunes puissent passer de l'ecstasy à la cocaïne, peut-être en réponse à l'attention que les médias accordent aux dangers liés à l'ecstasy²¹.

33. Trois pays africains, à savoir l'Afrique du Sud, la Namibie et le Nigeria, ont signalé une augmentation de

l'abus de cocaïne; le Zimbabwe a indiqué que les niveaux de consommation restaient stables. Des quatre pays et territoires asiatiques ayant communiqué des données sur la question, l'Inde, le Liban et la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) ont fait état d'une progression de la consommation, tandis que le Japon signale un déclin. Dans l'ensemble, il n'est qu'occasionnellement fait état d'abus de cocaïne dans la région, et la principale préoccupation, s'agissant de stimulants, concerne la méthamphétamine. En Australie, le seul endroit où il est facile de se procurer de la cocaïne est Sydney, où la consommation est apparue il y a quelques années. L'abus de cocaïne par injection y aurait récemment connu une augmentation après que l'héroïne soit devenue plus difficile à obtenir en 2001.¹²

D. Cannabis

34. Globalement, le cannabis, sous une forme ou une autre, reste la drogue illicite la plus consommée dans le monde, d'où, dans le questionnaire destiné aux rapports annuels, un taux de réponses supérieur pour cette substance que pour d'autres types de drogues. Des 51 pays ayant répondu à la question sur les tendances, la plupart (38 pays soit 75 %) ont signalé une hausse de la consommation, neuf pays (17 %) une situation stationnaire et quatre pays seulement (8 %), tous asiatiques, une diminution.

35. Bien que des éléments laissent penser que le cannabis est la drogue illicite la plus communément consommée dans la plupart des pays, les évaluations de l'ampleur de l'abus concernent essentiellement les pays développés. Cela dit, selon les informations dont on dispose au sujet des régions en développement, l'abus de cannabis serait répandu et peut-être en augmentation dans de nombreux pays. Même si, dans les esprits, cette substance n'est pas autant associée à de graves problèmes de santé que l'héroïne, la cocaïne ou les stimulants de type amphétamine, le fait que sa consommation soit relativement courante met beaucoup de pays dans une situation difficile. Qui plus est, dans certains pays en développement où le cannabis est très consommé, le lien entre cet abus et des problèmes de santé mentale graves ou des urgences psychiatriques est source d'inquiétude. Cette question suscitant encore bien des interrogations, il est indispensable d'étudier plus précisément les

conséquences de la consommation de cannabis sur les systèmes de santé des pays d'Afrique, des Caraïbes et d'autres régions. Cela vaut particulièrement pour l'Afrique, où l'abus de cannabis est à l'origine d'une part importante des hospitalisations en établissement psychiatrique²² et où, selon certaines indications, cette consommation serait en progression. L'ensemble des cinq pays africains ayant communiqué des informations concernant les tendances relatives au cannabis dans le questionnaire destiné aux rapports annuels, à savoir l'Afrique du Sud, le Cameroun, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe, ont signalé une augmentation de la consommation. Si les données sur le sujet restent rares en Afrique, les éléments recueillis lors de la mise en place de systèmes d'information sur les drogues en Afrique australe²³ et en Afrique de l'Est, ainsi que les études spécialisées menées en Afrique de l'Ouest,²⁴ laissent penser que le cannabis serait la drogue illicite la plus consommée dans la région. Les données obtenues lors d'enquêtes dans un certain nombre de pays de la région indiquent également que l'abus de cannabis est principalement le fait de jeunes du sexe masculin^{25 26}. Ainsi, d'après une enquête sur l'abus de substances menée en 1998 auprès d'élèves au Swaziland, 7,5 % des garçons avaient consommé du cannabis au cours du mois écoulé, alors que ce n'était le cas que de 1,4 % des jeunes filles.

36. Les évaluations les plus récentes concernant l'ampleur de l'abus de cannabis en Europe occidentale indiquent que 10 à 25 % de la population a consommé du cannabis dans sa vie, le taux le plus élevé étant observé chez les jeunes adultes. En tête s'inscrit le Royaume-Uni, où 25 % de la population (16-59 ans) et 42 % des jeunes adultes (16-29 ans) ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie.¹⁶ Ailleurs dans le monde, c'est en Australie que les taux sont les plus élevés, 39 % de la population, près des deux tiers des personnes entre 20 et 30 ans et 45 % de celles âgées de 14 à 19 ans ayant signalé en avoir consommé dans leur vie.²⁷ Aux États-Unis, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie était, en 2000, de 34,2 % dans l'ensemble de la population et de 46 % chez les jeunes de 18 à 25 ans en 2000.²⁸

37. Le cannabis est également la drogue la plus consommée par les adolescents, les estimations du taux de prévalence au cours de la vie parmi les jeunes scolarisés s'établissant entre 1 % et 35 % en Europe, avec une tendance à la hausse dans la plupart des pays.³ Le chiffre correspondant pour les États-Unis (41 %) est plus élevé que dans n'importe quel État membre de l'Union européenne, même si la consommation au cours

de la vie chez les adolescents est demeurée plutôt stable à la fin des années 90.⁵ Les conclusions de l'enquête menée en milieu scolaire dans l'Ontario (Canada) en 1999 indiquent que 34,7 % des jeunes scolarisés avaient déjà consommé du cannabis tandis que l'enquête nationale en milieu scolaire réalisée en Australie en 1999 révèle des niveaux de consommation tout aussi élevés, puisque près d'un tiers des élèves entre 12 et 17 ans et près de la moitié (47 %) de ceux âgés de 16 ou 17 ans en avaient déjà consommé.²⁹

38. S'agissant de l'évolution de la consommation de cannabis, on a observé une augmentation dans toute l'Europe, puisque 18 des 22 pays ayant communiqué des informations à ce sujet ont constaté une progression. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a également signalé une hausse de la prévalence de l'usage de cannabis au cours des années 90, tendance proportionnellement plus marquée dans les pays où la prévalence au cours de la vie était faible au début des années 90.¹⁶ Tant l'Australie que la Nouvelle-Zélande ont fait état d'une progression de l'abus de cannabis.

39. Selon certaines données provenant du CEWG, l'usage de cannabis serait en train de se stabiliser dans certaines régions des États-Unis alors qu'on avait assisté à une flambée de la consommation entre 1990 et 1998. Nonobstant, la demande de traitements demeure forte.⁴ L'usage de cannabis parmi les jeunes scolarisés n'a pas évolué depuis 1999.⁵

40. Dans de nombreux autres pays des Amériques (Argentine, Bahamas, Chili, Colombie, Costa Rica, Mexique, Panama et Pérou), on signale une augmentation de l'abus de cannabis, ce qui coïncide avec les constatations faites par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD), qui a noté une progression de la consommation dans la région.²¹ Les conclusions de l'enquête menée dans l'Ontario en 2000 font état d'une augmentation du nombre de jeunes consommateurs, plus d'un quart (28,2 %) des 18-29 ans ayant consommé du cannabis au cours de l'année écoulée alors que ce chiffre s'établissait à 18,3 % en 1996.⁶

41. La consommation de cannabis est également courante dans les Caraïbes. Une enquête réalisée en milieu scolaire dans la région révèle que l'usage de cannabis au cours de la vie parmi les jeunes

scolarisés oscille entre 8 % et 26,9 %.¹⁹ Une étude similaire effectuée en Jamaïque montre que 27 % des jeunes scolarisés avaient déjà fait l'expérience du cannabis, et que 8 % en avaient consommé au cours du mois précédent. À la Barbade, une étude a permis de constater que la marijuana était la drogue de prédilection de 75 % des consommateurs ayant participé aux entretiens.¹⁹ D'après les déclarations faites par les représentants de divers pays lors d'une récente réunion consacrée aux problèmes de drogues aux Caraïbes, la consommation de cannabis pose aussi des problèmes dans les pays et territoires d'outre-mer.¹⁹

42. Seuls cinq (Azerbaïdjan, Japon, Malaisie, Myanmar et Sri Lanka) des douze pays asiatiques ayant communiqué des informations sur la consommation de cannabis ont constaté une augmentation, tandis que le Brunéi Darussalam, l'Indonésie et l'Ouzbékistan ont signalé une situation stable. L'Inde, le Kirghizistan, les Philippines et Singapour ont signalé une diminution de la consommation.

III. L'injection de drogues et la transmission d'infections virales hématogènes

43. Selon les estimations disponibles, à la fin de l'année 2001, 40 millions de personnes étaient atteintes du VIH/sida. La consommation de drogues par injection est une des causes majeures de la progression de l'épidémie, le nombre de toxicomanes par injection ayant augmenté rapidement dans plusieurs pays dans les années 90. Elle touche aujourd'hui plus de 135 pays, et près de 3 millions de toxicomanes par injection à travers le monde seraient séropositifs. Entre 5 et 10 % des cas de séropositivité à travers le monde sont dus à la consommation de drogues par injection, mais dans certains pays d'Europe et d'Asie, ce pourcentage est supérieur à 50 %.³⁰ Ce mode d'administration des drogues semble avoir joué un rôle considérable dans la transmission du VIH, en particulier dans certains pays d'Europe orientale, dans des pays de l'ancienne Union des Républiques socialistes soviétiques et dans des pays de l'Asie du Sud et du Pacifique, d'Amérique latine, d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord.³¹

44. L'infection par le VIH parmi les toxicomanes par injection a progressé régulièrement dans le monde au cours de la décennie écoulée. Elle était signalée par 72 pays et territoires en 1995 (E/CN.7/1997/3, par. 19), et par 93 en 1998 (E/CN.2000/4, par. 23). Selon les derniers chiffres sur l'épidémie mondiale de VIH/sida

publiés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA/Organisation mondiale de la santé), au milieu de l'année 1999, 114 pays et territoires au total avaient signalé des cas d'infection par le VIH parmi les toxicomanes par injection, soit un accroissement spectaculaire par rapport aux 52 pays qui en avaient fait état en 1992.³²

45. C'est dans les pays de l'ancienne Union des Républiques socialistes soviétiques pris globalement que les taux de cas de séropositivité et de sida continuent d'augmenter le plus rapidement, et l'on estime que ceux-ci doublent d'année en année dans nombre des nouveaux États indépendants. Le nombre total de cas dans la Fédération de Russie devrait aller croissant pour s'établir d'ici à 2005 à plus de 5 millions. Il est probable que cet accroissement sera pour une bonne part dû à la prise de drogues par injection.³³ De même, en Asie, l'injection, qui est un mode d'administration des drogues de plus en plus courant, est un facteur qui contribue à la progression rapide de l'épidémie de VIH liée aux drogues. Par exemple, on a estimé qu'à la fin des années 90, la moitié au moins des usagers de drogues par injection au Népal étaient séropositifs, tandis qu'à Jakarta, le taux de prévalence du VIH parmi les toxicomanes par infection est passé de 15 % en 1999 à 40 % en 2000.³⁴ En Chine, plusieurs provinces ont aussi signalé des taux supérieurs à 70 %. En Europe occidentale, ces taux varient considérablement d'un pays à l'autre, entre environ 1 % au Royaume-Uni et 32 % en Espagne. Bien que dans l'ensemble, le nombre de nouveaux cas d'infection dans les pays de l'Union européenne se soit stabilisé, voire ait reculé, à la fin des années 90, les taux de séropositivité auraient augmenté de façon inquiétante ces dernières années en Autriche, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Portugal.¹⁶

46. La corrélation entre l'administration de drogues par injection et l'infection par le VIH, qui n'est plus une énigme, n'explique peut-être pas à elle seule le lien entre abus de drogues et taux de séropositivité élevés. Des éléments probants donnent à penser qu'il existe un lien entre, d'une part, certaines caractéristiques de l'abus de drogues par des voies autres que l'injection et, d'autre part, l'infection par le VIH. En particulier, la consommation chronique de cocaïne pourrait se traduire par l'adoption de plus en plus fréquente de

comportements sexuels qui augmentent le risque de séropositivité. Ce domaine, important, n'a pas encore livré tous ses mystères, et il est extrêmement difficile d'établir des liens de cause à effet entre ces phénomènes. Il importe cependant d'en approfondir l'étude de manière à pouvoir s'attaquer globalement au problème de l'infection par le VIH chez les toxicomanes.

47. La séropositivité n'est pas l'unique infection hémotogène qui se transmet par injection de drogues. Et l'hépatite C et l'hépatite B sont elles aussi très répandues parmi les toxicomanes par injection, car elles aussi se transmettent par le sang à travers l'échange de seringues ou d'aiguilles contaminées. Selon des estimations de l'OMS, l'hépatite C frappe environ 170 millions de personnes, soit 3 % de la population mondiale. Elle touche surtout l'Afrique, les pays situés sur la côte orientale du bassin méditerranéen, l'Asie du Sud-Est et la partie occidentale du Pacifique.³⁵ En Europe, où les nouveaux cas d'hépatite C sont dus pour la plupart à la consommation de drogues par injection, entre 40 et 90 % des toxicomanes par injection sont porteurs du virus. Parmi les personnes atteintes par le virus de l'hépatite B, plus de 350 millions souffrent d'infection chronique. Dans l'Afrique subsaharienne et la majeure partie de l'Asie et du Pacifique, la plupart des personnes contractent le virus de l'hépatite B dans leur enfance, et 8 à 10 % de l'ensemble de la population souffrent d'infection chronique.³⁶ En Europe, le pourcentage des toxicomanes par injection porteurs du virus de l'hépatite B varie entre 20 et 60 %.¹⁶ Dans les pays qui comptent une forte proportion de toxicomanes par injection, les coûts à long terme de la lutte contre les problèmes de santé liés à l'hépatite C seront sans doute considérables. Dans les pays où le nombre de cas d'infection par le VIH parmi les usagers de drogues par injection est faible, l'hépatite C deviendra à terme une cause de morbidité et de mortalité majeure dans ce groupe.

IV. La collecte de données : constituer un réservoir d'informations pour agir

48. Une des recommandations clefs figurant dans la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues (résolution S-20/3 de l'Assemblée générale, annexe) veut que les États s'engagent à procéder périodiquement à une évaluation

de la situation de l'abus des drogues en faisant appel à des méthodes et procédures analogues. Les informations présentées plus haut donnent la mesure à la fois des efforts considérables déployés par les États Membres pour comprendre les schémas et les tendances de l'abus des drogues et des défis qui restent à relever. Le PNUCID s'est employé à aider les États Membres à brosser un tableau plus précis et complet de l'abus des drogues sur leur territoire. La deuxième partie révisée du questionnaire destiné aux rapports annuels renvoie à des indicateurs clefs qui ont été élaborés par consensus et illustrent des bonnes pratiques confirmées. Il est à espérer qu'avec ce questionnaire révisé, la communication des informations s'en trouvera améliorée. Dans cet esprit et à titre de complément, le PNUCID met au point actuellement des matériels qui aideront les États Membres à rassembler les données requises et encourage la désignation de centres de liaison technique, conformément à la résolution 44/3 de la Commission. Le Programme mondial d'évaluation de l'ampleur de l'abus de drogues, qui s'inscrit dans ce processus, aide les pays à améliorer les moyens dont ils disposent pour observer l'abus des drogues et les encourage à adopter pour ce faire des méthodologies idoines. De même, des manuels techniques sur la mise en place de réseaux d'informations, des enquêtes en milieu scolaire et des méthodes novatrices pour l'estimation de la prévalence sont en cours d'élaboration. En 2001, le Programme mondial a financé deux nouveaux réseaux de surveillance épidémiologique des toxicomanies, l'un en Afrique orientale et l'autre dans les Caraïbes.

49. Pour améliorer la normalisation des données et la diffusion des bonnes pratiques, il est essentiel d'établir des partenariats aux niveaux national, régional et mondial. Le PNUCID a travaillé en collaboration étroite avec des organisations régionales comme l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et l'Organisation des États américains à l'application et à la collecte de données de démarches complémentaires. C'est ainsi qu'a eu lieu à Vienne, du 3 au 5 décembre 2001, une réunion technique consacrée à la surveillance épidémiologique des toxicomanies, qui s'inscrivait dans le prolongement de la réunion tenue à Lisbonne en janvier 2000 sur les caractéristiques techniques des systèmes d'information sur les drogues. Les participants à la réunion de Vienne ont, notamment, souligné la nécessité de promouvoir l'échange de bonnes pratiques sur les méthodes de collecte des

informations et d'harmoniser les démarches à adopter ; de recueillir d'emblée des données sur les tendances qui se font jour ; la nécessité de mettre au point des principes directeurs en matière d'éthique et de nouvelles méthodes d'estimation des taux de prévalence. Ils sont en particulier parvenus à la conclusion que s'il y avait certes encore beaucoup à faire, la compréhension des schémas et des tendances de la toxicomanie n'en avait pas moins avancé sensiblement. Ils ont d'ailleurs reconnu que des progrès considérables avaient tout dernièrement été accomplis dans l'adoption de démarches et de procédures analogues, progrès dus non pas tant à la mise en œuvre purement et simplement de solutions qui avaient été appliquées ailleurs qu'à l'adoption d'un processus faisant appel à des méthodes de collecte des données adaptées à la situation de chaque pays considéré sans pour autant ignorer les avantages offerts par le recours à des mesures harmonisées et à de bonnes pratiques confirmées.

V. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les toxicomanes au cœur de l'élaboration d'un dispositif renforcé destiné à réduire la demande de drogues

50. Comme analysé plus haut, il est bien établi que dans plusieurs parties du monde, la toxicomanie s'accompagne d'une progression soutenue de l'infection par le VIH et du sida. C'est pourquoi le PNUCID a fait dans son programme une plus large place aux activités visant à faire front à ce problème. Ce faisant, il s'est appuyé sur trois documents directifs. Il s'agit premièrement de la Déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues, où il est indiqué que les activités en la matière doivent couvrir tous les domaines, allant des mesures propres à dissuader les personnes tentées par un premier essai à l'atténuation des conséquences sanitaires et sociales nocives de l'abus des drogues, tant pour les intéressés que pour l'ensemble de la société. Il est reconnu que l'infection par le VIH et le sida sont un des dangers potentiels les plus graves que pose la toxicomanie. Deuxièmement, à sa huitième session, tenue à Vienne les 28 et 29 septembre 2000, le Sous-Comité sur le contrôle des drogues, qui relève du Comité administratif de coordination (CAC), a fait sien le projet d'exposé de principes du système des Nations Unies concernant la prévention de la transmission du VIH chez les toxicomanes (ACC/2000/17, par. 3 et annexe IV), qui préconise un ensemble de mesures de

prévention et de soins à l'intention des toxicomanes par injection, notamment : formation et éducation sur le VIH/sida ; dépistage du VIH et fourniture de conseils à titre volontaire et confidentiel ; diverses options en matière de traitement, dont une thérapie de substitution par voie orale ; accès à des aiguilles et à des seringues non contaminées ; fourniture de services pour la survie en général et de soins de santé primaires ; et renvoi à des centres de soins spécialisés au besoin. Troisièmement, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida énonce les objectifs que les États membres doivent atteindre pour ce qui est de la prévention et du traitement de l'infection par le VIH en général, et en particulier chez les groupes parmi lesquels l'incidence de la séropositivité est élevée ou en progression, notamment les toxicomanes par injection.

51. Les activités du PNUCID qui portent sur le VIH et le sida sont diverses. Elles concernent pour la plupart la prise en compte de l'infection par le VIH et du sida dans les activités du Programme qui ont trait à la réduction de la demande. D'autres visent à apporter une aide au titre de la fourniture de services de traitement et de réinsertion ou à faciliter l'accès à ces services. Conformément à l'exposé de principes du système des Nations Unies (ACC/2000/17, annexe IV), le Programme appuie la fourniture de services diversifiés aux usagers de drogues par injection de manière à prévenir la propagation du VIH parmi eux et sa transmission à leurs partenaires sexuels qui ne se droguent pas par injection et à la population en général. En outre, il apporte un appui technique à l'élaboration des politiques et à la législation, au renforcement de la formation et des capacités et à l'élaboration de stratégies, et aussi en ce qui concerne l'identification et la diffusion des meilleures pratiques existantes.

52. Le financement demeure un des éléments qui pèsent sur les activités concernant le VIH/sida. Des fonds sont certes inscrits au budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA, mais ils demeurent nettement insuffisants. De ce fait, les activités du PNUCID en la matière sont très limitées en Europe centrale et orientale, dans les nouveaux États indépendants et en Asie de l'Est, où le problème de la toxicomanie par injection est le plus aigu. Il est par ailleurs important d'établir un lien entre séropositivité et toxicomanie dans les régions du monde où la consommation de drogues par injection n'est pas courante. De plus, le PNUCID doit jouer

un rôle pivot, à travers une collaboration interinstitutions active, dans le débat et les activités en cours sur les moyens de recenser les meilleures pratiques suivies dans le domaine de la prévention et du traitement de l'infection par le VIH et du sida liés à la toxicomanie.

53. Enfin, comme dans le cas d'autres volets de la réduction de la demande, il importe d'améliorer la collecte des données sur la consommation de drogues par injection et les comportements qui entraînent un risque élevé d'infection par le VIH. Le PNUCID a engagé avec l'OMS et l'ONUSIDA un débat sur les moyens d'améliorer les techniques d'estimation dans ce domaine et de mieux prendre la mesure de ces comportements à risque. Ces activités se poursuivent dans le cadre d'un certain nombre d'initiatives communes dont il sera rendu compte dans le courant de l'année 2002.

Notes

- 1 *Documents officiels du Conseil économique et social, 1997, Supplément n° 8 (E/1997/28/Rev.1), première partie, par. 80 a).*
- 2 R. Bless, U. Kemmesies et S. Diemel, *3rd Multi-City Study : Drug Use Trends in 42 European Cities in the 1990s* (Strasbourg, Publications du Conseil de l'Europe, 2000).
- 3 B. Hibell et al., *The 1999 ESPAD Report : Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues), 1999, Stockholm, Modlyn Tryck AB, 2000.
- 4 "Epidemiologic trends in drug abuse; volume 1 : proceedings of the community epidemiology work group, highlights an executive summary", National Institute on Drug Abuse, Bethesda, (Maryland, États-Unis), juin 2001.
- 5 L. D. Johnston, P. M. O'Malley et J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Survey Results on Adolescent Drug Use : Overview of Key Findings, 2000*, NIH Publication n° 01-4923 (National Institute on Drug Abuse, Bethesda, (Maryland, États-Unis), 2001).
- 6 E. M. Adlaf, et A. Ialomiteanu, *CAMH Monitor eReport: Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2000* (CAMH Research Doc. Series, No. 10) (Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, 2001).
- 7 Institut haïtien de l'enfance et l'Association pour la Prévention de l'alcoolisme et autres accoutumances chimiques, "Connaissances, attitudes et comportements des

- élèves de la région métropolitaine vis-à-vis de la drogue”, juin-novembre 2000.
- 8 C. Parry et al., *SACENDU Research Brief*, vol. 4, No. 1 (2001).
- 9 M. L. Adelekan, “Injection drug use and associated health consequences in Lagos, Nigeria: findings from WHO phase II injection drug use study”, *2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations: Third Annual Meeting Report* (Durban, Afrique du Sud, 2000).
- 10 Département d’État des États-Unis d’Amérique, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report, March 2000*, Publication 10605 (mars 2000, Département d’État des États-Unis d’Amérique).
- 11 D. Rouen et al., *Changes in Heroin availability in Sydney Australia in Early 2001*, National Drug and Alcohol Research Center, *Technical Report* n° 119 (University of New South Wales, Sydney, 2001).
- 12 S. Darke, L. Topp et S. Kaye, « Findings from the Illicit Drug Reporting System », *Drug Trends Bulletin* (Sydney), décembre 2001.
- 13 D. Weatherburn, C. Jones, K. Freeman et T. Makkai, “The Australian heroin drought and its implications for drug policy”, *Crime and Justice Bulletin* (Sydney), 2001.
- 14 L. Topp et al., *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, NDARC Monograph n° 47 (University of New South Wales, Sydney, 2001).
- 15 W. Hall et al., *How many dependent opioid users are there in Australia?*, NDARC Monograph No. 44 (University of New South Wales, Sydney, 2000).
- 16 Rapport annuel sur l’état du phénomène de la drogue dans l’Union européenne” pour 2001, tableaux épidémiologiques standardisés
<http://annualreport.emcdda.org>
- 17 Organisation des États américains, Commission interaméricaine de contrôle de l’abus des drogues, *Evaluation of Progress in Drug Control: Hemispheric Report 1999-2000* (Washington, D.C., décembre 2000).
- 18 C. Delapenha et T. Gabor, “Nature, extent, and frequency of both licit and illicit drug use amongst the Cayman Islands population aged 15 years and older”, Cayman Islands Drug and Alcohol Survey, Georgetown, 2000.
- 19 “First Stakeholders Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project (DAESSP): meeting highlights”, Trinité, 23-25 juillet 2001.
- 20 K-G. Douglas, *Patterns of Substance Use and Abuse among Post Primary Students in Jamaica: National Adolescent Students’ Drug Survey 1997/1998* (Planning Institute of Jamaica, Kingston, 2000).
- 21 C. Sharp et al., *Drug Misuse Declared in 2000 : Results from the British Crime Survey*, Home Office Research and Statistics Director Research Findings, n° 149. (Home Office, Londres, 2000).
- 22 A. Plüddemann, *Information, Needs and Resources Analysis for the Republic of Namibia* (Medical Research Council, Le Cap 2001).
- 23 C. Parry, *SENDU: the SADC Epidemiology Network on Drug Use; Report on the Consultation Meeting, 9-12 October 2000, Pretoria, South Africa* (Medical Research Council, Le Cap, 2000).
- 24 I.S. Obot, *Assessment of Drug Use among Secondary Students and Attitudes of Parents in Jos, Nigeria* (Lagos, 2001).
- 25 D.A. Pritchard et al., *The Prevalence of Tobacco, Alcohol and Drug Consumption among Swaziland High School and Secondary Institution Students* (National Council on Smoking and Drug Dependence Swaziland. Manzini, 1998).
- 26 J.L. Strijdom et O.H. Angell, *Substance Abuse Among Youth in Namibia: Introductory Report on the Research Project and Report on Survey Study Findings* (University of Namibia, Windhoek, 1999).
- 27 Australian Institute of Health and Welfare, *1998 National Drug Strategy Household Survey: First Results* (Canberra, 1999).
- 28 Résumé des conclusions de l’enquête nationale sur l’abus de drogues (National Household Survey on Drug Abuse) pour 2000 : "<http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2kNHSDA/highlights.htm>"
- 29 E. M. Adlaf, A. Paglia et F. J. Ivis, *Drug Use among Ontario Students, 1977-1999: Findings from the OSDUS* (CAMH Research Doc. Series No. 5) (Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, 2000).
- 30 "Aide-mémoire : consommation de drogues et VIH/sida; session extraordinaire des Nations Unies sur le VIH/sida, 25-27 juin 2001, New York": http://www.unaids.org/factsheets/ungass/html/FSdruguse_en.htm
- 31 *Le point sur l’épidémie de sida : Décembre 2001* (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, Genève, 2001).
- 32 *Rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/sida, juin 2000* (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 2000).
- 33 AIDS Foundation East-West, “Press release”, Moscou, 27 Novembre 2001.
- 34 *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific: Monitoring the AIDS Pandemic* (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Agency for International Development des Etats-Unis, Melbourne, 4 octobre 2001).

- ³⁵ Organisation mondiale de la santé "Aide-mémoire n° 164 : Hépatite C", (révisé octobre 2000): <http://www.who.int/inf-fs/fr/am164.html>
- ³⁶ Organisation mondiale de la santé "Aide-mémoire n° 204 : Hépatite B", (révisé octobre 2000): <http://www.who.int/inf-fs/fr/am204.html>

Annexe

Tendances des abus et rapports par pays

Tableau 1
Tendances de l'abus d'héroïne^a

| <i>Tendances</i> | <i>Rapports par région^b et par pays/territoire en 2000</i> |
|--------------------------------|--|
| <i>Progression de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 27 | Afrique (4): Afrique du Sud, Cameroun, Namibie et Zambie |
| % pour 2000: 60 | Amériques (4): Canada, Colombie, Mexique et Panama |
| | Asie (6): Azerbaïdjan, Inde, Jordanie, Kirghizistan, Ouzbékistan et Sri Lanka |
| | Europe (12): Bélarus, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, République tchèque, Roumanie, Suède et Turquie |
| | Océanie (1): Australie |
| <i>Stabilisation de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 9 | Afrique (1): Zimbabwe |
| % pour 2000: 20 | Amérique (2): Chili et États-Unis d'Amérique |
| | Asie (1): Brunei Darussalam |
| | Europe (5): Danemark, Irlande, Liechtenstein, Pays-Bas et Suisse |
| <i>Diminution de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 9 | Afrique (1): Nigeria |
| % pour 2000: 20 | Asie (6): Indonésie, Japon, Malaisie, Myanmar, Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et Singapour |
| | Europe (2): Espagne et Portugal |

^a Nombre de pays ayant répondu: 45

^b Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses.

Tableau 2
Tendances de l'abus de méthamphétamine^a

| <i>Tendances</i> | <i>Rapports par région^b et par pays/territoire en 2000</i> |
|--------------------------------|--|
| <i>Progression de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 17 | Afrique (2): Afrique du Sud et Namibie |
| % pour 2000: 85 | Amériques (5): Argentine, Canada, Colombie, Mexique et Pérou |
| | Asie (5): Brunei Darussalam, Japon, Malaisie, Philippines et Singapour |
| | Europe (5): Bélarus, Estonie, Finlande, Irlande et Suisse |
| <i>Stabilisation de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 1 | Europe (1): Portugal |
| % pour 2000: 5 | |
| <i>Diminution de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 2 | Europe (2): Hongrie et République tchèque |
| % pour 2000: 10 | |

^a Nombre de pays ayant répondu: 20

^b Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 3
Tendances de l'abus d'amphétamine^a

| <i>Tendances</i> | <i>Rapports par région^b et par pays/territoire en 2000</i> |
|--------------------------------|---|
| <i>Progression de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 11 | Afrique (3): Afrique du Sud, Nigéria et Zimbabwe |
| % pour 2000: 58 | Amérique (2): Chili et Colombie |
| | Asie (2): Inde et Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) |
| | Europe (4): Bélarus, Estonie, Finlande, et Suède |
| <i>Stabilisation de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 6 | Afrique (1): Namibie |
| % pour 2000: 32 | Amérique (3): Argentine, Canada et El Salvador |
| | Europe (2): Liechtenstein et Suisse |
| <i>Diminution de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 2 | Europe (2): Hongrie et République tchèque |
| % pour 2000: 11 | |

^a Nombre de pays ayant répondu: 19

^b Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 4
Tendances de l'abus de stimulants de type amphétamine^a

| <i>Tendances</i> | <i>Rapports par région^b et par pays/territoire en 2000</i> |
|--------------------------------|--|
| <i>Progression de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 19 | Afrique (3): Afrique du Sud, Cameroun et Namibie |
| % pour 2000: 66 | Amériques (2): Canada et Mexique |
| | Asie (4): Indonésie, Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine), Myanmar et Région administrative spéciale de Macao |
| | Europe (8): Bélarus, Danemark, Estonie, Finlande, Islande, Lituanie, République de Moldova et Pologne |
| | Océanie (2): Australie et Nouvelle-Zélande |
| <i>Stabilisation de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 8 | Amériques (2): Argentine et États-Unis d'Amérique |
| % pour 2000: 28 | Europe(6): Allemagne, Espagne, Grèce, Lettonie, Pays-Bas et République tchèque |
| <i>Diminution de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 2 | Asie (1): Philippines |
| % pour 2000: 7 | Europe (1): Hongrie |

^a Nombre de pays ayant répondu: 29

^b Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 5
Tendances de l'abus de cocaïne^a

| <i>Tendances</i> | <i>Rapports par région^b et par pays/territoire en 2000</i> |
|--------------------------------|---|
| <i>Progression de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 15 | Afrique (3): Afrique du Sud, Namibie et Nigéria |
| % pour 2000: 60 | Amériques (5): Chili, Colombie, El Salvador, Mexique et Pérou |
| | Asie (2): Inde et Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) |
| | Europe (5): Bélarus, Espagne, Hongrie, Irlande et Portugal |
| <i>Stabilisation de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 7 | Afrique (1): Zimbabwe |
| % pour 2000: 28 | Amériques (3): Argentine, Costa Rica et Panama |
| | Europe (3): Liechtenstein, République tchèque et Suisse |
| <i>Diminution de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 3 | Amériques (1): Bahamas |
| % pour 2000: 12 | Asie (2): Japon et Liban |

^a Nombre de pays ayant répondu: 25

^b Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses

Tableau 6
Tendances de l'abus de cannabis^a

| <i>Tendances</i> | <i>Rapports par région^b et par pays/territoire en 2000</i> |
|--------------------------------|---|
| <i>Progression de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 38 | Afrique (5): Afrique du Sud, Cameroun, Namibie, Zambie et Zimbabwe |
| % pour 2000: 75 | Amériques (8): Argentine, Bahamas, Chili, Colombie, Costa Rica, Mexique, Panama et Pérou |
| | Asie (5): Azerbaïdjan, Japon, Malaisie, Myanmar et Sri Lanka |
| | Europe (18): Allemagne, Bélarus, Danemark, Estonie, Finlande, Irlande, Islande, Hongrie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Pologne, Portugal, République de Moldova, République tchèque, Roumanie, Suisse et Turquie |
| | Océanie (2): Australie et Nouvelle-Zélande |
| <i>Stabilisation de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 9 | Amériques (2): El Salvador et États-Unis d'Amérique |
| % pour 2000: 17 | Asie (3): Brunei Darrusalam, Indonésie et Ouzbékistan |
| | Europe (4): Espagne, Grèce, Pays-Bas et Suède |
| <i>Diminution de l'abus</i> | |
| Pays ayant répondu: 4 | Asie (4): Inde, Kirghizistan, Philippines et Singapour |
| % pour 2000: 8 | |

^a Nombre de pays ayant répondu: 51

^b Le nombre de pays ayant répondu est indiqué entre parenthèses