

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office
for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مِنَظَرُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
الكتب الإقليمي
لشرق البحر المتوسط

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

EM/RC40/8
Juillet 1993

Quarantième session

ORIGINAL: ARABE

Point 10 b) de l'ordre du jour

Document technique

L'ABUS DES STUPEFIANTS ET DES MEDICAMENTS PSYCHO-ACTIFS

TABLE DES MATIERES

	Page
Résumé	1
1. Introduction	3
2. Objectifs	6
3. Quelques termes courants employés dans le contexte de l'abus de drogues	6
4. Ampleur du problème.	9
5. Causes de l'abus des drogues	14
6. Ressources pour combattre les problèmes liés à l'alcool et la drogue	19
7. Elaboration d'une stratégie d'action	23
8. Conventions internationales contre l'abus des drogues	27
9. Recommandations	28
Annexe 1 - Le système des Nations Uni et le contrôle des drogues	30
Annexe 2 - Liste des pays signataires de différentes conventions	34

Document technique

L'ABUS DES STUPEFIANTS ET DES MEDICAMENTS PSYCHO-ACTIFS

Point 10 b) de l'ordre du jour

Résumé

L'abus de drogues et d'autres substances est un problème multidimensionnel, dont la pharmacodépendance ne représente qu'un aspect. La pharmacodépendance est plus qu'un problème de santé. C'est une pandémie, et on peut considérer que pratiquement aucun pays ou territoire dans le monde n'est épargné. Elle constitue donc un sujet de préoccupation pour bien des pays, notamment de nombreux pays de la Région de la Méditerranée orientale. Non seulement la Région est touchée par le phénomène de l'abus de nombreuses substances et drogues, mais elle est aussi l'un des lieux de transit les plus importants du monde, ce qui la rend de plus en plus vulnérable aux problèmes de tous genres associés à l'usage des drogues.

L'histoire de la lutte contre l'abus des drogues n'a pas été jalonnée de succès. Les maintes approches différentes utilisées par le passé n'ont pas réussi à enrayer ou même freiner la propagation des drogues. Donc, le problème est maintenant d'une gravité jamais atteinte au cours des dernières décennies. Ce n'est pas une raison pour perdre espoir, mais cela justifie bien que l'on réexamine le problème à la recherche de solutions et de mesures à engager. L'offre et la demande de drogues dépendent de tellement de variables qu'il est impossible pour un seul secteur social, comme le secteur de la santé, d'établir des plans d'action réalisables pour couvrir les différents aspects des problèmes associés à l'abus des drogues.

En raison du caractère largement illicite de cette activité, des renseignements valables et fiables sur l'abus des drogues sont toujours difficiles à obtenir. L'absence de données fiables est particulièrement frappante dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale. Pour planifier efficacement la lutte contre l'abus de drogues, il est indispensable de disposer, aux niveaux régional et national, d'une base minimum de données et d'un mécanisme fiable de surveillance.

Il est simpliste de parler de l'étiologie de problèmes complexes comme l'abus des drogues. L'interaction dynamique de plusieurs facteurs peut être la cause de la dépendance à l'égard de la drogue chez un individu, ou peut y contribuer, ainsi que l'ampleur des problèmes d'abus de drogues dans la société en général. Ces facteurs peuvent être d'origine biologique, psychologique ou socio-environnementale.

De nombreuses ressources sont disponibles pour combattre l'abus des drogues; elles peuvent être utilisées pour opérer dans un système d'interaction dynamique et permettre d'obtenir des résultats. Parmi les ressources les plus importantes figurent la religion et la foi, la famille, l'école, le lieu de travail, la communauté, la volonté nationale, l'infrastructure sanitaire existante, la communauté universitaire, l'appareil répressif, les médias, les services médicaux et psychiatriques, ainsi que les organisations internationales et non gouvernementales.

Afin d'élaborer une stratégie réalisable de lutte contre l'abus des drogues, il est nécessaire tout d'abord d'examiner les expériences du passé. Ensuite, il faut obtenir l'information permettant de promouvoir des mesures efficaces. Les données épidémiologiques qui montrent seulement l'ampleur du problème doivent donc être remplacées, ou complétées, par des données montrant les éléments du problème se prêtant à une solution. Dans la lutte contre l'abus des drogues, il est difficile de s'attaquer en premier aux causes, car elles sont si diverses et intimement liées à tant de facteurs sur lesquels on ne peut agir. Il faut plutôt tabler sur les ressources. Une analyse des ressources devrait donc aussi être effectuée dans le but d'identifier celles sur lesquelles on peut s'appuyer pour des interventions concrètes. Chaque ressource devra alors être liée à un plan d'action concret comportant des objectifs réalistes. Le système de soins de santé primaires (SSP) est la ressource la plus fiable pour tous les aspects liés à la santé de l'abus de drogues et d'alcool. Il est nécessaire de conférer plus de pouvoir à la communauté et d'établir un système de coordination intersectorielle. Le développement de services de santé adéquats, qui se traduira par une amélioration de la santé et du bien-être des individus et de la communauté, sera l'une des barrières les plus efficaces contre l'abus des drogues. La santé peut devenir la contribution la plus importante de nature à influencer les disponibilités du marché concernant l'offre et la demande.

Le présent document recense quelques-unes de ces ressources et suggère des moyens de les utiliser pour établir des programmes dans le cadre des infrastructures sanitaire et sociale existantes. Il identifie également certaines mesures que les organes internationaux, régionaux et nationaux peuvent envisager pour l'élaboration de plans d'action afin de faciliter la réalisation des buts et objectifs de lutte contre les problèmes liés à l'alcool et aux drogues. Ces mesures englobent toute une gamme de sous-programmes, tels que la prévention, l'éducation, la promotion de modes de vie sains, la formation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation.

1. Introduction

L'utilisation de substances psycho-actives comporte plusieurs dimensions dont les conséquences pour la santé, notamment la pharmacodépendance, représentent l'aspect le plus important. Les autres dimensions concernent les différents aspects de la production, de la commercialisation, de la législation et de son application, de la fourniture de drogues utilisées à des fins médicales, etc.

L'abus de drogues est plus qu'un problème de santé, c'est également un énorme défi social. Ce problème a pris l'ampleur d'une pandémie, et on peut considérer que pratiquement aucun pays ou territoire n'est épargné. Il est difficile de donner une estimation exacte de l'ampleur de l'abus de drogues, mais on peut dire que ce qui est observé et signalé ne représente guère plus que la "partie visible de l'iceberg" (Tableau 1).

L'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la période 1991-2000 "Décennie des Nations Unies contre l'abus des drogues". La Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA43.11, demandant aux Etats Membres et au Directeur général de prendre des mesures bien définies dans les domaines de la réduction de la demande, du traitement, de la réadaptation et de la recherche pour combattre l'abus des drogues. Cette résolution venait après d'autres résolutions adoptées à ce sujet (WHA37.23, WHA33.27), exprimant l'inquiétude et appelant à une action concertée et cohérente.

L'histoire nous montre que la consommation rituelle ou à des fins récréatives de substances aux propriétés psycho-actives remonte au début de la civilisation. L'homme a utilisé presque toutes les sources d'hydrates de carbone, du lait de chameau aux raisins en passant par la canne à sucre pour produire de l'alcool. Le pavot à opium était employé comme médicament en Mésopotamie et dans l'Egypte ancienne. Des découvertes archéologiques en Turquie ont montré que la présence de graines de pavot remontait à plusieurs milliers d'années. L'usage du cannabis est mentionné dans la littérature hindoue du 14^e siècle avant Jésus-Christ. La poésie classique iranienne du 10^e au 15^e siècle fait souvent référence à l'opium. Et on pense que la cocaïne et le tabac sont apparus sur le continent américain.

La Région de la Méditerranée orientale est durement touchée par les problèmes d'abus de drogues. L'abus des stupéfiants et des psychotropes est courant. La Région est aussi l'un des lieux de transit de la drogue les plus importants du monde et elle est donc de plus en plus vulnérable aux problèmes médico-sanitaires, économiques et sociaux causés par la consommation de drogues. En général, on peut dire que l'abus de drogues figure parmi les grands problèmes sanitaires et sociaux de la Région et, de toute évidence, son extension non contrôlée va à l'encontre du but de la Santé pour tous d'ici l'an 2000.

Nombreux sont les problèmes de santé et autres associés à la consommation de drogues. Celle-ci entraîne une augmentation des accidents et traumatismes sur la route, sur le lieu de travail et au foyer. Elle est associée au suicide et à la violence ainsi qu'à l'absentéisme et diminue la

Tableau 1

Abus de drogues signalé aux Nations Unies, par
certains pays ou territoires (1988)

Pays/territoire	Taux pour 100 000 habitants		
	Cocaïne	Héroïne	Opium
Argentine	626,4	—	—
Chili	119,7	—	—
Equateur	283,0	—	—
Mexique	108,4	32,3	—
Hong Kong	—	—	57,0
Malaisie	—	—	145,0
Myanmar (Birmanie)	—	95,8	—
Philippines	0,3	—	39,6
Singapour	—	336,6	16,8
Sri Lanka	—	206,0	—
Thaïlande	—	100,3	108,7
Iran, République islamique d'	—	273,3	911,0
Pakistan	—	378,7	210,4
Autriche	—	35,0	55,0
Canada	40,8	3,9	11,5
Italie	0,5	349,1	—
Espagne	103,6	146,2	—
Royaume-Uni	1,6	29,6	1,2
Etats-Unis d'Amérique	5 012,3	202,2	—
URSS	—	0,7	10,8

Source: Commission des Stupéfiants, E/CN.7/1990/14,
2 janvier 1990.

productivité au travail. Les substances psycho-actives, si elles sont prises durant la grossesse, peuvent affecter le fœtus. La consommation de drogues peut aussi abrégé la vie en augmentant la vulnérabilité d'une personne au cancer et aux maladies cardio-vasculaires, infectieuses, respiratoires et du système immunitaire, en particulier le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Elle induit des modifications radicales de la personnalité, rend une personne vulnérable aux maladies psychiatriques, provoque l'éclatement de la cellule familiale, draine les ressources économiques de la famille et de la société, exclut les gens de la participation au développement social, et par conséquent, entraîne une détérioration de la qualité de la vie. De plus, il y a un lien direct entre l'abus de drogues et la criminalité. Les trafiquants de drogue commettent beaucoup d'actes criminels contre l'Etat et les individus et les toxicomanes sont capables de commettre tout méfait pour assouvir leur dépendance.

Une bref examen de l'histoire de la vie d'un toxicomane peut montrer la gravité du problème ainsi que les possibilités d'interventions positives. Bien que la dépendance psychique et physique se manifeste différemment selon le genre de substance consommée, le toxicomane est une personne dont la vie dépend de la consommation régulière d'un produit chimique. C'est le résultat final d'un long processus qui commence avec la première expérience des drogues. On commence à prendre de la drogue pour maintes raisons, et au début on ne peut pas considérer cela comme une pharmacodépendance. Il faut normalement une longue période de temps, allant de plusieurs semaines à plusieurs années, avant que ne se crée une véritable dépendance. C'est durant cette période que les activités de prévention peuvent empêcher le développement d'un état de pharmacodépendance ou de l'alcoolisme.

Ce n'est qu'après une période d'expérimentation -qui diffère d'une substance à l'autre- qu'apparaissent les symptômes de dépendance, et il faut encore plus longtemps pour que s'installe une totale dépendance, avec des symptômes de manque et de sevrage, isolement social et participation à des groupes semi-clandestins pour se procurer des drogues. La plupart des personnes qui font l'expérience de la drogue ne deviennent pas des toxicomanes, et le stéréotype du toxicomane qui finit par devenir un *paria* est un exemple extrême qui ne représente pas la majorité des personnes qui ont fait occasionnellement l'expérience de la drogue.

Malgré toutes les activités bien intentionnées et sincères menées par de nombreuses organisations nationales, internationales et non gouvernementales (ONG) pour combattre l'abus de drogues, le problème de la drogue persiste et s'est même aggravé. Des approches à la fois nouvelles et novatrices, faisant appel aux ressources communautaires existantes et s'appuyant sur l'infrastructure sanitaire en place, associées à des mesures énergiques et constantes dirigées contre l'offre, peuvent permettre de réduire ce grave danger. Le présent document aborde ces questions dans le contexte particulier de la Région, puis à travers l'analyse des expériences antérieures, examine les causes de l'abus de drogues et les ressources disponibles, et essaie de suggérer des stratégies réalistes pour affronter ce problème.

2. Objectifs

Les objectifs du présent document sont les suivants:

- exposer des faits essentiels relatifs au problème de l'abus de drogues dans le monde et examiner les conditions et la situation dans les pays de la Région, en soulignant les contraintes, les problèmes et les possibilités existantes;
- examiner le contexte de l'offre et de la demande et leurs raisons, et à la lumière de la situation actuelle, proposer des stratégies et approches novatrices articulées avec des mesures communautaires et les soins de santé primaires pour s'attaquer au problème; et
- passer en revue les dispositions institutionnelles au niveau national, ainsi que les arrangements avec les organisations internationales et non gouvernementales, et les conventions et traités internationaux concernant les drogues et l'abus de drogues.

3. Quelques termes courants employés dans le contexte de l'abus de drogues

Bien qu'il y ait des centaines de termes se rapportant à l'abus des drogues, il importe, pour les besoins du présent document, de clarifier les termes et concepts suivants.

3.1 Offre

L'offre se rapporte à tous les aspects liés à la disponibilité d'une drogue. Il peut s'agir notamment de la production, de la commercialisation, de la contrebande, de la législation et son application, des quotas de certaines drogues à usage médical, des techniques de contrôle, des règlements douaniers, etc. La réduction de l'offre repose essentiellement sur la législation, les organes chargés de l'application des lois ainsi que sur des mesures économiques et de développement pour assurer un revenu légitime en remplacement de celui provenant des drogues.

3.2 Demande

La demande se rapporte à tous les aspects liés à la disponibilité d'une drogue. Il peut s'agir notamment de la facilité d'obtention d'une drogue, de facteurs individuels, familiaux et socio-économiques, de facteurs psycho-sociaux ou environnementaux, tels que le stress, les attitudes culturelles, les normes sociales, les influences religieuses, la situation des jeunes, etc.

Il y a pas de nette séparation entre l'offre et la demande. Il est préférable de considérer le problème comme un système "ouvert", avec deux grands sous-systèmes en interaction.

3.3 Stupéfiants

Le terme stupéfiants désigne toute drogue qui émousse les sens, soulage la douleur, procure un sentiment de bien-être à faible dose, provoque un état d'insensibilité, voire de stupeur et, à forte dose, entraîne la mort. Ce terme est utilisé depuis plus d'un siècle et a pris différentes nuances dans son sens. Il est souvent employé de façon impropre par les profanes pour désigner tous types de drogues illicites engendrant une dépendance. Cependant la plupart des pharmacologistes l'utilisent uniquement pour désigner les substances qui soulagent la douleur et provoquent un sommeil profond, limitant ainsi ce terme à a) l'opium, b) aux dérivés de l'opium (opiacés) comme la morphine, la codéine et l'héroïne, et c) aux composés de synthèse similaires aux opiacés (opioïdes) comme par exemple la mépéridine, la méthadone, etc. Cependant, pour des raisons historiques, le terme "stupéfiant" dans la convention internationale intitulée "Convention unique sur les stupéfiants de 1961" est employé dans un sens plus large, et outre les produits opiacés, il englobe également le cannabis et les feuilles de coca, bien que le cannabis et la cocaïne ne soient pas, à proprement parler, de véritables stupéfiants (voir section 8 sur les "Conventions internationales" pour plus de précisions).

3.4 Substances psychotropes

Le terme "substances psychotropes" est parfois employé pour englober toutes les substances psycho-actives; plus communément en pharmacologie, il est utilisé pour désigner les psychotropes (médicaments utilisés pour le traitement des troubles mentaux). Dans la convention internationale intitulée "Convention de 1971 sur les substances psychotropes", le qualificatif "psychotrope" est employé dans un sens plus large pour s'appliquer à toutes les substances psycho-actives qui peuvent engendrer une dépendance.

3.5 Substances psycho-actives

Le terme "substances psycho-actives" remplace progressivement les termes "psychotropes" et "stupéfiants" dans l'utilisation médicale. De portée plus large, il s'applique à toutes les substances, y compris celles qui affectent le système nerveux central et modifient l'humeur, la perception et la conscience. Comme indiqué précédemment, les termes "stupéfiant" et "psychotrope" ont évolué au cours du temps, et ils continuent d'être employés dans deux grandes conventions internationales, à savoir la "Convention unique sur les stupéfiants de 1961" et la "Convention de 1971 sur les Substances psychotropes". Toutefois, à des fins médicales et pour les dossiers sanitaires, l'OMS a préféré le terme plus large de "substances psycho-actives" tel qu'il figure dans sa publication "*Classification internationale des Maladies et des Problèmes de santé connexes*" - Dixième révision (CIM-10).

3.6 Classification des substances psycho-actives

Selon la CIM-10, l'utilisation des catégories suivantes de substances psycho-actives peut produire des troubles mentaux et troubles du comportement, y compris une dépendance:

- l'alcool
- les opiacés
- les dérivés du cannabis
- les sédatifs et hypnotiques
- la cocaïne
- d'autres stimulants (amphétamines, *khat*, caféine)
- les hallucinogènes (diéthylamide de l'acide lysergique - LSD)
- le tabac
- les solvants volatils
- les substances psycho-actives multiples et autres substances non précisées.

3.7 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

Les principaux syndromes suivants sont produits par les substances psycho-actives, telles que décrites dans la CIM-10.

1. Intoxication aiguë. Elle dépend généralement de la dose. C'est un état caractérisé par des perturbations de la conscience, des fonctions cognitives, de la perception, de l'humeur et du comportement. Elle s'accompagne généralement d'altérations des fonctions psychophysiologiques.
2. Utilisation nocive pour la santé. Ce terme s'applique au mode de consommation d'une substance psycho-active préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques et/ou psychologiques sans toutefois qu'il y ait une dépendance, un syndrome de sevrage ou un trouble psychotique. Ce terme est important pour énumérer les troubles dus à la consommation excessive de tabac, d'alcool, etc.
3. Syndrome de dépendance. Dans les ouvrages médicaux, les termes auparavant populaires tels que "toxicomanie", "accoutumance", etc., ont été remplacés progressivement par le terme plus uniforme de "dépendance". Un syndrome classique de dépendance présente les caractéristiques suivantes:
 - désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance/drogue;
 - difficulté à contrôler l'utilisation de la substance/drogue (début ou interruption de la consommation ou niveau d'utilisation);
 - syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance;
 - mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance (le sujet a besoin d'une quantité plus importante pour obtenir le même effet);
 - abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts; et
 - poursuite de la consommation abusive de la substance malgré la survenue de conséquences nocives.

4. Syndrome de sevrage. Etat dans lequel la personne présente divers symptômes physiques et psychologiques dont la gravité est variable et qui surviennent lors d'un sevrage complet ou partiel d'une substance psycho-active consommée de façon massive ou prolongée. Le type de symptômes de sevrage varie selon la substance (opium, alcool, tabac).

Les substances psycho-actives diffèrent beaucoup dans leur potentiel dépendogène et les symptômes de sevrage. Par exemple, l'alcool, l'opium, l'héroïne et la cocaïne sont connus pour avoir un plus fort potentiel dépendogène par rapport à de nombreuses autres substances. De plus, les réactions des individus varient beaucoup en raison des différents facteurs bio-psycho-sociaux entrant en jeu dans chaque cas. C'est ainsi que pour la prise d'une même drogue, le résultat final peut être différent chez différents individus.

4. Ampleur du problème

4.1 Sources d'information sur l'abus de drogues

En raison du caractère illicite de l'activité, des renseignements valables sur la prévalence, l'incidence et les conséquences pour la santé de l'abus de drogues ne sont pas aisément disponibles. L'évaluation des problèmes de pharmacodépendance doit souvent s'appuyer sur des sources secondaires de renseignements. Les sources suivantes de renseignements sont généralement utilisées pour évaluer l'ampleur du problème:

1. Départements de police, services des impôts, judiciaires, etc. La plupart des pays disposent d'informations sur le nombre de saisies de substances illicites, le nombre de personnes qui ont été arrêtées, qui sont passées en justice, etc. Les données annuelles sur ces éléments peuvent fournir une bonne base d'information sur l'augmentation, la diminution ou l'évolution des toxicomanies dans un pays, bien que les aspects sanitaires du problème soient totalement absents.
2. Dossiers des services de santé. Des renseignements directs peuvent être recueillis auprès des hôpitaux spécialisés et dispensaires pour le traitement des sujets pharmacodépendants ou auprès des hôpitaux psychiatriques généraux et services de consultations externes dans les pays. Cette information est utile pour faire une estimation du nombre de sujets pharmacodépendants qui utilisent ces services et le type de drogues consommées. L'utilité de cette information est toutefois limitée car seuls les sujets fortement dépendants cherchent une telle assistance médicale, et en raison du caractère illicite de l'abus de drogues, ils ne fournissent pas des renseignements complets et exacts. L'information indirecte provenant des services médicaux généraux, telle que le nombre de cas de cirrhose, peut aussi être utile pour connaître la prévalence de drogues comme l'alcool.

3. Etudes épidémiologiques. La réalisation d'études épidémiologiques auprès de la population générale et des groupes à risque (jeunes étudiants et jeunes non scolarisés, travailleurs de l'industrie, enfants des rues, conducteurs de camions, etc.) peut fournir de bons renseignements. Ces études peuvent aussi être complétées par des analyses des liquides biologiques à la recherche des diverses substances psycho-actives. Toutefois, les études de ce genre sont coûteuses, prennent énormément de temps et nécessitent des ressources humaines qualifiées, telles que médecins, psychologues, statisticiens, travailleurs sociaux, etc. De plus, pour être vraiment utiles, ces études doivent être répétées auprès de populations semblables surveillées à l'aide d'instruments normalisés à un intervalle de quelques années pour évaluer les changements survenus dans l'abus de drogues au sein de la communauté. Au fil des années, l'OMS a préparé un certain nombre de questionnaires et de directives pour ces études épidémiologiques de l'abus de drogues destinés à différents types de populations, qui peuvent être très utiles à ceux qui veulent entreprendre ce genre d'études.

4.2 Prévalence de l'utilisation des drogues

La description suivante de la prévalence suit la classification des substances psycho-actives telle qu'elle figure dans la CIM-10.

Alcool

L'alcool est la substance affectant le cerveau et modifiant la perception la plus largement utilisée dans le monde. Les effets nocifs de l'alcool sur l'individu et sur la société sont connus depuis longtemps. Au début, les problèmes liés à l'alcool ne concernaient guère que les pays des Amériques et d'Europe, mais aujourd'hui la consommation d'alcool s'est étendue à la plupart des pays asiatiques et africains. Heureusement, les traditions religieuses bien ancrées et les lois strictes contre l'alcool font que le problème est encore relativement mineur dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale.

Opiacés

Ce groupe comprend l'opium et les alcaloïdes opiacés (morphine, codéine et héroïne) et les composés de synthèse similaires (mépéridine, méthadone, pentazocine, etc.). L'opium est utilisé traditionnellement, tant à des fins médicales que récréatives, dans beaucoup de pays asiatiques et africains. Occasionnellement, la consommation d'opium a également engendré une dépendance, mais pour une raison ou une autre, cela n'a pas posé un très grave problème pour ces pays jusqu'à récemment.

Le problème de l'abus des opiacés a changé de manière spectaculaire avec l'apparition de l'héroïne sur le marché clandestin. *Dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, à l'heure actuelle, l'héroïne est peut-être la drogue illicite ayant un fort potentiel dépendogène la plus largement utilisée.* C'est un dérivé semi-synthétique de l'opium, disponible sous forme de poudre blanche ou brune. L'héroïne est généralement inhalée,

ou parfois injectée par voie intraveineuse. Il existe de nombreux mots d'argot anglais utilisés pour désigner cette drogue, notamment "brown sugar", "smack", etc.

La consommation d'héroïne est maintenant répandue en Égypte, en République islamique d'Iran et au Pakistan, et dans beaucoup d'autres pays de la Région. L'augmentation de sa consommation a été très spectaculaire. Par exemple, avant 1982, il n'y avait presque pas de cas d'héroïnomanie en traitement à l'hôpital psychiatrique d'Alexandrie (Égypte). En 1983, 26 cas étaient hospitalisés pour traitement. En 1987, le nombre de cas d'héroïnomanie était passé à plus de 600 (Document EM/RC35/15 de 1986). Depuis, le nombre s'est stabilisé quelque peu ou a même baissé. Le Pakistan a aussi signalé une augmentation spectaculaire du nombre d'héroïnomanes depuis 1980. En 1986, une enquête menée par le "Pakistan Narcotic Control Board" estimait à 657 000 le nombre d'héroïnomanes au Pakistan. Leur nombre a probablement augmenté depuis.

De nombreuses autorités ont comparé la montée spectaculaire de l'abus d'héroïne durant les années 70 et 80 à une "épidémie", qui a atteint son maximum dans les années 70 et 80 et se stabilise maintenant. Cependant, personne ne peut se permettre de céder à la complaisance lorsqu'il s'agit de l'abus des drogues. Bien des fois, une réduction de la consommation d'une drogue est remplacée par la consommation d'autres drogues qui peuvent être plus dangereuses. Il y a déjà des indications qu'avec la réduction de l'offre d'héroïne, beaucoup de toxicomanes se tournent vers la voie intraveineuse pour obtenir un effet plus fort et, de ce fait, sont plus exposés au danger supplémentaire de contracter le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

Dérivés du cannabis

Le cannabis est une plante qui pousse dans beaucoup de pays asiatiques et africains. Dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, on l'utilise principalement pour le fumer sous forme de "haschisch", qui est la résine obtenue de ses feuilles et fleurs. Auparavant, son usage était très répandu dans beaucoup de pays de la Région, notamment l'Égypte, le Maroc, le Liban et autres pays arabes, surtout dans les zones rurales. Son potentiel dépendogène est relativement inférieur à celui des opioïdes.

Sédatifs et hypnotiques

Ces substances psycho-actives, produits de synthèse fabriqués en laboratoire, sont un produit du vingtième siècle. Alors que les barbituriques, les bromures, l'hydrate de chloral, etc., existaient durant la première moitié de ce siècle, depuis 1950 le marché a été inondé de nombreux autres produits. Les plus connus sont les divers types de benzodiazépines, tels le diazépam ou le lorazépam. Ces substances, lorsqu'elles sont employées en médecine, soulagent l'anxiété et la tension nerveuse et ont un effet de somnolence. Toutes les benzodiazépines, surtout celles à action rapide, peuvent engendrer une dépendance en cas d'utilisation massive et prolongée. La méthaqualone (Mandarax) est une autre substance sédative hypnotique qui a une forte tendance à produire

sur le marché, et les organismes chargés du contrôle des drogues dans le pays doivent veiller à évaluer le rapport avantages-risques de ces médicaments. Les Comités d'Experts de l'OMS évaluent régulièrement ces nouveaux médicaments et conseillent les pays conformément aux termes de la Convention de 1971 sur les Substances psychotropes.

Toutefois, tous les psychotropes n'engendrent pas une accoutumance. Beaucoup d'entre eux sont très utiles au traitement des malades mentaux. A cet égard, on doit mentionner plus particulièrement les **antipsychotiques** (Chlorpromazine, Halopéridol) et les **antidépresseurs** (Imipramine, Amitriptyline). *Ce ne sont pas des hypnotiques sédatifs; ils ne créent pas d'accoutumance ni de dépendance.* Ils ne figurent donc pas dans la CIM-10. Les professionnels de la santé et les profanes doivent être informés à cet égard.

Cocaïne

La cocaïne est l'alcaloïde actif de la feuille de coca. Le cocaïer est un arbuste que l'on trouve partout dans les régions montagneuses d'Amérique centrale et du Sud. La mastication des feuilles de coca (à ne pas confondre avec le cacaoyer qui donne le cacao, ingrédient du chocolat!) est pratiquée depuis des siècles par les populations montagnardes du Pérou et de Bolivie à diverses fins - religieuses, sociales et médicinales. La cocaïne est essentiellement un stimulant du système nerveux central et aussi un anesthésique local. Elle a un fort potentiel dépendogène. Au cours des dernières années, la consommation de cocaïne a fortement augmenté aux Etats-Unis d'Amérique. Elle est relativement moins populaire en Europe. Heureusement, à l'heure actuelle, la consommation de cocaïne n'est pas courante dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, sauf dans de rares cas.

Autres stimulants

Les **amphétamines** et certains anorexigènes appartiennent au groupe des stimulants. Les amphétamines ont un fort potentiel dépendogène. Leur utilisation prolongée peut aussi entraîner des symptômes mentaux aigus. La **caféine**, qui est le principal alcaloïde contenu dans le thé et le café, est aussi un stimulant, mais dont le potentiel dépendogène est relativement faible.

Les alcaloïdes actifs du *khat* appartiennent aussi au groupe des stimulants. La mastication des feuilles de *khat* est une pratique largement répandue à Djibouti, en Somalie et au Yémen, et fréquente aussi en Ethiopie, au Kenya et dans les autres pays voisins. Le *khat* a un potentiel dépendogène, quoique moins prononcé que celui des opioïdes ou de la cocaïne. Les divers problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de *khat* ont été examinés dans plusieurs publications du Bureau régional de la Méditerranée orientale (rapports d'une réunion interpays à Mogadiscio en 1982 et d'une réunion nationale à Djibouti en 1984).

Hallucinogènes

Les hallucinogènes sont un groupe de drogues qui produisent une altération de la conscience et de la perception, avec de vives hallucinations visuelles et auditives. Le LSD est la drogue de ce type la plus connue. Ces drogues ne sont pas couramment disponibles dans la Région.

Tabac

Le tabac est l'une des substances psycho-actives les plus largement utilisées. Son alcaloïde actif est la **nicotine**. Il est indéniable que l'usage du tabac engendre une dépendance. Ses effets nocifs pour la santé sont maintenant largement connus. Le Comité régional de la Méditerranée orientale a déjà examiné ce sujet à plusieurs reprises; il ne sera donc pas examiné en détail dans le présent document.

Solvants volatils

Généralement, ce ne sont pas des substances médicales mais des produits chimiques volatils utilisés dans l'industrie comme les vernis, colles, adhésifs, etc. L'essence et l'éther sont des substances appartenant aussi à ce groupe. Leurs vapeurs, quand on les renifle ou on les inhale, produisent un effet euphorisant temporaire, et des inhalations plus importantes peuvent causer un délirium et affecter le système cardio-vasculaire. Les solvants seraient de plus en plus utilisés dans de nombreuses parties du monde, y compris les pays de la Région de la Méditerranée orientale, surtout chez les jeunes et les enfants des rues.

Substances multiples (polytoxicomanie)

L'usage de plusieurs substances - haschisch et alcool ou héroïne, auxquels on associe d'autres sédatifs ou stimulants- est très courant chez les toxicomanes. Une telle association complique davantage le problème de dépendance et sa prise en charge.

4.3 Conclusions sur la prévalence de l'abus des drogues dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale

Les drogues traditionnelles telles que l'opium, le cannabis (haschisch) et le *khat* sont encore utilisées dans de nombreux pays de la Région. Parmi les plus nouvelles substances, l'**héroïne** est celle qui a les effets les plus nocifs pour la santé et a le plus fort pouvoir dépendogène. L'usage d'héroïne s'est rapidement étendu à de nombreux pays et a pris des proportions épidémiques. Les hypnotiques sédatifs, ainsi que les solvants volatils et stimulants sont d'autres substances dont l'utilisation est un phénomène préoccupant. On trouvera au **tableau 2** des informations sur l'abus des drogues basées sur les réponses de divers Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale à un questionnaire du Bureau régional envoyé récemment. Si l'on jette un regard sur ce tableau, on voit bien que, malgré une plus grande sensibilisation et l'inquiétude croissante des pouvoirs publics, des données valables et fiables sur l'abus des drogues font généralement défaut dans la plupart des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale. Il faut remédier d'urgence à cette situation. Il est important de constituer des groupes nationaux pour surveiller les tendances en matière d'abus de drogues dans les pays. Ces groupes peuvent recueillir des informations de diverses sources, énumérées précédemment, et les communiquer pour la planification nationale dans le domaine de l'abus des drogues. Les activités de ces groupes nationaux peuvent d'autre part être coordonnées au niveau régional. L'OMS peut aider à constituer ces

groupes nationaux et régionaux en fournissant l'apport technique nécessaire.

5. Causes de l'abus des drogues

Il y a autant de spéculations et d'hypothèses sur les causes de l'abus des drogues qu'il y a de suggestions pour les méthodes de traitement. Le fait est qu'il est trop simpliste de chercher un seul facteur étiologique pour un phénomène qui a tant de dimensions systémiques interdépendantes.

Il y a au moins trois groupes de causes suggérées pour l'abus de drogues: biologique, individuelle (psychologique) et socio-culturelle. Toutes ces causes peuvent s'inscrire dans un modèle de santé publique comportant trois éléments: l'agent (ici la drogue), l'hôte (l'individu) et l'environnement (facteurs sociaux).

5.1 Facteurs liés à l'hôte

Prédisposition génétique

On a longtemps postulé la présence d'une prédisposition génétique à la pharmacodépendance. C'est surtout en rapport avec l'alcoolisme qu'une telle prédisposition héréditaire a été le plus étudiée. Il y a également des suggestions d'une disposition génétique éventuelle à l'abus de stupéfiants fondées sur la biologie des morphines endogènes. Indubitablement, les facteurs liés à l'environnement influent sur l'expression de la prédisposition potentielle de tout genre.

Biologie moléculaire

La présence de récepteurs spécifiques des opioïdes ont mené à la découverte de substances analogues à la morphine dans le cerveau. Ces substances ont éventuellement un rôle à jouer dans l'étiologie de la dépendance aux morphiniques. Il y a des spéculations sur le rôle de ces substances dans l'alcoolisme également. Il existe de nombreux enzymes qui métabolisent l'alcool dans l'organisme, et dont les effets sont à l'origine des différences individuelles (entre individus et chez l'individu) dans le métabolisme de l'alcool qui détermine la vulnérabilité à l'alcoolisme. Les récepteurs des benzodiazépines ont également une importance étiologique. On a identifié certaines substances bloquantes qui, au lieu d'agir au niveau du système nerveux central, ont des effets sur le système périphérique. Elles ont une action sur le système nerveux autonome qui fournit des indices sur l'étiologie de l'abus de drogues.

Présence de maux ou d'une maladie physique

Pendant des années, les drogues, en particulier l'opium, ont été utilisées pour soulager la douleur et des maux physiques liés à différentes maladies. Cette pratique persiste, en particulier dans les régions sous-desservies par des services de santé, et est devenue une cause de pharmacodépendance.

Facteurs psychologiques individuels

La plupart des études effectuées dans ce domaine portent sur la dépendance vis-à-vis de l'alcool et des opioïdes. L'un des problèmes rencontrés à cet égard est que personne ne peut dire si les changements

Tableau 2
Le tableau de la drogue dans certains Etat Membres
de la Région de la Méditerranée orientale sur la base
des réponses envoyées par les autorités gouvernementales

Pays	Principal(aux) produit(s) objet d'abus	Nombre estimatif de sujets pharmaco- dépendants	Sources d'approvision- nement	Tendance de la demande	Services de traitement	Mesures de prévention
Afghanistan*	Héroïne Opium	1 000 000	Production locale	en hausse	--	--
Arabie saoudite						
Bahrein	Héroïne Opium	1500**	Transit	--	Services hospitaliers Consultations externes	Médias Sports Formation
Chypre						
Djibouti	Khat	Grand nombre	Production locale	--	Quelques-uns	--
Egypte*	Héroïne Cannabis Psychotropes					
Emirats arabes unis						
Iran, République islamique d'	Opium Héroïne	600 000	Transit	en baisse	Réadaptation et système judiciaire	Médias Religion Sports Education
Iraq	inexistant	Aucun	--	--	--	--
Jamahiriya arabe libyenne						
Jordanie						
Koweït						
Liban						
Maldives						
Pakistan	Opium Héroïne Cannabis	2 000 000	Production locale	en hausse	Présents	Médias Ecoles Religion
Oman	Héroïne Opium Médicaments psychotropes	Quelques cas	Transit		Présents	Médias Sports Religion Education
Qatar						
République arabe syrienne	Stupéfiants Psychotropes	Quelques cas	Prescription médicale petite fraction illicite	--	Quelques-uns	Médias Ecoles
Somalie						
Soudan	Cannabis Benzodiazépines	Grand nombre	Production locale	--	Quelques-uns	Religion Ecoles Médias
Tunisie	Stupéfiants Cannabis	Quelques cas	Transit Prescription médicale	--	Peu de services	Médias Ecoles
Yémen						

* Renseignements officiels

** Il s'agit de statistiques hospitalières; le Gouvernement pense que le problème est plus important

psycho-pathologiques et modifications de la personnalité observés chez les sujets pharmacodépendants sont une cause ou un effet de leur pharmacodépendance. Toutefois, on pense généralement que certains types de personnalité sont plus sujets que d'autres à la pharmacodépendance. Il s'agit notamment des personnalités dyssociales, des personnalités anxieuses dans les relations interpersonnelles, celles qui ont une faible tolérance à la frustration, qui manquent de confiance en elles, etc.

Bien que des études psychologiques, basées sur la théorie de l'apprentissage, aient permis d'éclairer quelque peu les différents aspects du problème, elles n'ont pu décrire un phénomène aussi multidimensionnel.

5.2 L'agent

Un agent est un composé chimique qui a une action pharmacologique -avec ou sans utilisation médicale scientifique reconnue- et qui est consommé pour ses propriétés psycho-actives. Les effets pharmacologiques des différents agents diffèrent. Ils peuvent être des stimulants ou des déprimeurs du système nerveux central. Ils peuvent être absorbés facilement ou difficilement, et être administrés par des voies différentes. La sensibilité à un agent peut avoir plusieurs raisons, notamment des raisons biologiques et génétiques.

Bien qu'il semble que toutes les affirmations concernant l'influence des facteurs environnementaux et biologiques ne soient plus valables en l'absence d'un agent, certaines conditions peuvent être si propices à l'abus de drogues que, malgré toutes les mesures, l'agent se glisse et apparaît tôt ou tard. Classiquement, les facteurs liés à l'agent (ou drogue) sont la disponibilité, le coût, la législation, etc.

La disponibilité

La formule simple selon laquelle plus une drogue est disponible, plus il y a de sujets pharmacodépendants, est généralement vraie, mais elle dissimule des problèmes très complexes concernant l'offre et la demande. L'un des aspects de cette complexité qui doit être étudié est la question de la disponibilité "croisée", c'est-à-dire l'impact que l'interdiction d'une substance peut avoir sur la demande d'autres substances. Il est également nécessaire d'étudier l'impact des différents aspects de la demande et de la disponibilité. La disponibilité des substances licites, prescrites par les médecins, dépend des pratiques en matière de prescription, des mesures de contrôle des produits pharmaceutiques, etc.

La relation existant entre le coût, la disponibilité et la dépendance est également complexe. Il est certain que le renforcement de l'application de la loi et l'augmentation des saisies des drogues illicites entraînent une augmentation du prix des substances comme les morphiniques, ce qui à son tour réduit le nombre de toxicomanes. L'analyse du marché ne suffit pas généralement à expliquer certains problèmes de santé liés à l'usage de drogues. Par exemple, on a observé dans certains pays qu'une descente de police efficace pour l'arrestation des revendeurs de drogue et la saisie de drogues dans la rue peut avoir des effets indésirables, tels qu'une augmentation des drogues utilisées en injections et la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez ces utilisateurs qui entrent

dans la clandestinité et essaient d'obtenir l'effet maximum de drogues qui sont vendues plus cher sous le manteau.

Lois et règlements

Les lois et règlements peuvent viser à punir les revendeurs de drogues, les personnes pharmacodépendantes et/ou à contrôler la production et la distribution des drogues utilisées à des fins médicales. Les mesures draconiennes prises contre les toxicomanes se sont rarement révélées efficaces. Ces mesures devraient tenir compte des caractéristiques des intéressés - les toxicomanes. Les lois contre les trafiquants de drogue devraient aussi être envisagées sur la base d'une connaissance suffisante du pays concerné. Par exemple, dans une société où l'abus d'opium ou de cannabis est une pratique traditionnelle, des mesures sévères peuvent indirectement faire augmenter l'abus d'autres drogues plus fortes et plus nocives.

5.3 Facteurs sociaux/environnementaux

Aucune explication étiologique ne sera complète si elle ne tient pas compte des facteurs sociaux-environnementaux. La société dans son ensemble, en tant que biotope principal de la race humaine, détermine à la fois l'offre et la demande de drogue et établit des normes de comportement qui sont importantes dans la compréhension des tendances et schémas en matière de consommation et d'abus de drogues. Il n'est pas facile de quantifier et de mesurer les effets des nombreuses forces complexes en interaction qui, ensemble, forment la société. Néanmoins, les plus importantes sont les suivantes.

Effondrement des structures de vie familiales

Le dépeuplement des villages, l'accroissement de la migration et l'expansion des bidonvilles autour des grandes agglomérations qui en résulte sont des facteurs sociaux importants qui font augmenter la demande de drogue et offrent un terrain propice aux fournisseurs de drogue.

L'un des problèmes particuliers relevé dans de nombreux Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale est la migration des hommes de la famille qui partent dans des pays plus riches en quête d'un meilleur emploi, laissant sur place les autres membres de la famille. L'absence d'un père ainsi que l'argent envoyé de l'étranger facilement disponible, peuvent encourager les adolescents qui sont restés au foyer à adopter un mode de vie plus libertin, notamment à prendre des drogues illicites.

Facteurs économiques

Le chômage apparent ou occulte, les cultures ou exploitations non rentables et l'absence d'encouragements au lancement de nouvelles entreprises figurent parmi les conditions favorisant le trafic de drogue. En dépit de toutes les lois, le trafic de drogue est l'un des commerces les plus lucratifs du monde, et un réseau complexe de personnes est impliqué dans ce trafic.

La culture

Les différentes cultures affrontent les problèmes associés à la drogue de diverses manières. L'attitude d'une culture particulière peut différer à l'égard de différentes drogues et les attitudes culturelles vis-à-vis des drogues évoluent aussi avec le temps. Les attitudes culturelles à l'égard d'une drogue peuvent prendre des formes différentes, comme le montre le **tableau 3**.

Tableau 3

Exemples d'influences culturelles sur les habitudes de consommation de drogues

Attitude	Exemple
Abstinence complète Usage rituel-cérémonial Usage convivial	Alcool dans les sociétés musulmanes Usage de cannabis ou consommation d'alcool dans certaines cérémonies Usage d'opium dans certaines sociétés ou consommation d'alcool dans les grandes occasions

La famille

Les parents et frères ou soeurs peuvent servir de modèles. L'attitude des parents à l'égard de la prise de drogue détermine l'attitude morale et émotionnelle de la famille à l'égard de certaines drogues. L'absence de l'un des parents ou des deux parents, soit à la suite d'une séparation ou d'un divorce, ou d'un décès, entraîne un risque plus élevé de nombreux problèmes affectifs et de la personnalité, y compris l'abus de drogues. Le manque d'amour, d'affection et l'absence d'échanges positifs au sein de la famille peuvent aussi contribuer aux problèmes, qui, à leur tour, peuvent conduire à la pharmacodépendance.

Pression des pairs

On ne sait pas très bien si les groupes de pairs sont la cause ou l'effet de l'abus de substances. Ils jouent probablement un rôle important dans l'instauration de l'abus de drogues, mais le sont moins dans la poursuite de cet abus.

Contexte social de l'abus de drogues

L'organisation et la composition particulières de l'entourage social peuvent renforcer le maintien de l'habitude. Dans certaines sociétés, il y a des groupes distincts de toxicomanes qui peuvent même avoir une bonne position sociale, et la consommation de drogue s'inscrit dans leur "appartenance" à un groupe d'amis mi-clandestin et plus ou moins respecté, opérant comme un club, dans lequel la non-participation signifie un manque de loyauté.

6. Ressources pour combattre les problèmes liés à l'alcool et la drogue

Les ressources pour combattre les problèmes liés à la drogue et à l'alcool sont nombreuses. On a souvent essayé d'utiliser certaines, mais sans grand succès, tandis que d'autres semblent plus prometteuses. Dans le présent document, on ne s'étendra pas sur les ressources qui permettent de réduire l'offre de drogues, mais on s'attachera plutôt à la demande.

L'identification des ressources disponibles est une tâche importante. Lutter contre la pharmacodépendance en identifiant des causes hypothétiques qui sont très complexes ne semble pas être une stratégie sensée. Par contre, en identifiant les ressources et en faisant une estimation de leur utilité, on peut définir des objectifs flexibles, à la fois réalistes et réalisables, pour chaque drogue particulière et chaque pays. Ces ressources peuvent être récapitulées comme suit.

6.1 Religion et foi

La foi figure parmi les facteurs qui influent le plus sur le comportement humain. Les allégeances et croyances religieuses figurent parmi les systèmes de valeurs les plus durables. Toutes les religions prêchent l'harmonie, la fraternité, la soumission à Dieu et condamnent beaucoup de comportements entraînant des risques pour la santé.

Presque tous les pays de la Région de la Méditerranée orientale sont des pays musulmans et beaucoup de lois et principes islamiques condamnent l'abus de drogue. La consommation d'alcool est strictement interdite dans l'Islam, et l'usage d'autres substances affectant le cerveau est aussi fortement découragé voire interdit. L'une des Paroles du Prophète dit en effet que "tout ce qui a une action intoxicante ou stupéfiante est formellement interdit; tout ce qui a une action intoxicante, pris à forte dose, ne doit pas être pris à faible dose; en vérité, tout ce qui embrume l'intellect est formellement interdit."

L'enseignement religieux et l'influence des chefs religieux peuvent être utilisés pour combattre l'abus de drogues. Cela devrait être soigneusement planifié et s'inscrire dans le cadre d'un programme complet. Une formation spéciale est nécessaire et l'attitude des formateurs devrait être adaptée aux spécificités de chaque communauté donnée et groupe de chefs religieux.

Le passage suivant extrait d'un document du Bureau régional de la Méditerranée orientale intitulé "Modes de vie sains" (EM/RC36/Tech.Disc./1, 1989) semble très pertinent dans ce contexte:

"Dans l'Islam, la responsabilité du comportement de l'individu incombe en premier à l'individu lui-même. Toutefois, les groupes sociaux jouent également un rôle très important dans la tradition islamique. Dans les sociétés islamiques, l'allégeance de l'individu demeure partagée entre la famille ou la collectivité locale et l'idée d'une *Oumma* - ou nation islamique - universelle. Dans l'*Oumma* islamique, il n'y a pas de différence entre les individus sauf en ce qui concerne le degré de piété et les bonnes actions

accomplies. L'individu dans la culture islamique, paradoxalement, allie un sens borné de l'allégeance à la famille (ou au petit groupe local) à un sens plus large d'universalisme. Dans les deux cas, l'importance accordée à l'individu en tant qu'agent du changement demeure secondaire à celle accordée au groupe. En fait, une révélation coranique sur le changement déclare que Dieu ne modifie pas un peuple [et non pas les individus] avant que celui-ci ne change ce qui est en lui. (Le Coran: Sourate XIII, verset 11: "Allah ne modifie rien en un peuple avant que celui-ci ne change ce qui est en lui").

Par conséquent, ce que les penseurs occidentaux considèrent, à tort, comme du fatalisme dans la culture islamique est en fait un renoncement à l'individualisme en faveur de la conscience de groupe. L'individu a tendance à se conformer au groupe plutôt qu'à s'en écarter ou à essayer de le faire dévier de sa trajectoire traditionnelle. Donc, dans les efforts visant à modifier les modes de vie, il importe de prendre en ligne de compte l'organisation du groupe et de ses dirigeants tout en invitant les individus à modifier leur comportement".

6.2 La famille

La famille est la pierre angulaire de la vie sociale. Elle a une grande importance sur le plan affectif, religieux, économique et juridique. C'est probablement l'une des institutions humaines les plus anciennes et les plus stables. Comme indiqué précédemment, les parents servent de modèles et contribuent beaucoup au système de valeurs de leurs enfants. La façon dont ils traitent leurs enfants, tant individuellement que collectivement, influe considérablement sur la vision qu'ont les enfants du monde et d'eux-mêmes.

La proclamation par les Nations Unies de l'année 1994 comme "Année internationale de la famille" montre la reconnaissance de l'importance de plus en plus grande de la famille dans toutes les activités humaines. Le regain d'intérêt pour le rôle que la famille peut jouer vient après des décennies d'incertitude et même de doute quant à son importance. De nouvelles approches novatrices sont nécessaires pour utiliser plus efficacement cette solide institution aux fins de la prévention et de la promotion de la santé, en particulier dans des domaines complexes comme l'abus de drogues.

6.3 Ecoles et universités

Les écoles sont des institutions sociales d'une grande importance. Chaque membre instruit de la société est engagé dans le système scolaire à un moment ou un autre de sa vie et a besoin des services éducatifs. Donc tout ce qui a trait à l'école - sa structure matérielle, le programme d'études, la satisfaction professionnelle de l'enseignant et les associations de professeurs et de parents - a une incidence énorme sur la société dans son ensemble.

Jusqu'à récemment, les programmes de santé scolaire étaient plutôt passifs, fournissant principalement certains services de diagnostic et de

traitement. Cette attitude n'a pas permis aux écoles d'être utilisées comme ressource pour la prévention et la promotion.

Il est important de chercher de nouveaux moyens d'utiliser les écoles pour combattre l'abus de drogues. Il ne faut pas perdre de vue toutefois que les écoliers sont aussi très vulnérables aux dangers de l'abus de drogues, et que tout programme de prévention s'étendant aux écoles peut fonctionner comme une arme à double tranchant en avivant la curiosité de l'enfant. Peut-être les écoles peuvent-elles être mieux utilisées comme communautés modèles pour initier les enfants à un mode de vie sain. Avec l'appui de l'OMS, plusieurs Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale (Égypte, République islamique d'Iran, Pakistan) ont déjà introduit des programmes scolaires de santé mentale, mettant l'accent sur un mode de vie sain, y compris la prévention de l'abus de drogues.

6.4 Emploi

L'emploi signifie, entre autres, une sécurité économique et des perspectives d'avenir, moins de tension nerveuse, une valorisation de la personne, une vie familiale stable et une bonne discipline de travail. Le lieu de travail, qui le plus souvent est un bureau ou une usine, une ferme ou une école, est un système social important. Les gens s'attachent à leur travail, lequel façonne et change leurs habitudes. Le lieu de travail est une ressource importante pour aider à combattre l'abus de drogues, particulièrement en contribuant à promouvoir un mode de vie sain.

6.5 Culture

Les croyances et coutumes nationales, le patrimoine culturel d'un peuple, les arts et la littérature anciens et modernes sont de puissantes forces sociales. Il est des personnes qui sont très influentes dans la société: ce sont celles qui décrivent la vie et les expériences des gens sous forme de romans, de poèmes, de tableaux, ou d'essais. Le noyau de toutes les cultures nationales et du patrimoine national est humain et noble, et beaucoup de personnes engagées dans une activité culturelle constituent l'une des meilleures ressources, en particulier pour la protection et la promotion de la santé.

6.6 Volonté nationale

La volonté nationale de tous les pays, sans exception, est hostile à l'abus de drogues. Il est nécessaire de la consolider par les médias, la législation et l'action des pouvoirs publics.

6.7 Médias

En ce qui concerne l'abus de drogues, les médias sont une arme à double tranchant. D'un côté, ils sont un moyen indispensable pour relayer l'information; d'un autre côté, ils peuvent devenir un moyen d'accroître la curiosité à l'égard des drogues, voire l'envie. Si l'on pèse le pour et le contre, peut-être les avantages qu'offrent les médias dans la campagne contre l'abus de drogues l'emportent-ils sur les désavantages.

6.8 Infrastructure sanitaire existante

L'infrastructure sanitaire existante est une ressource importante pour la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation. Elle doit être utilisée conformément aux politiques de santé de chaque pays et en fonction de sa structure sanitaire. L'idée de séparer les problèmes liés à la drogue et à l'alcool du reste du système de santé n'a pas bien marché dans la plupart des cas. Dans les pays et contrées où la santé mentale est intégrée au système de soins de santé primaires (SSP), la prévention de l'usage de drogues, le traitement et la réadaptation des personnes pharmacodépendantes devraient, dans la mesure du possible, faire partie du système des SSP.

6.9 Communauté universitaire

Les professionnels de la santé et les spécialistes des sciences sociales peuvent contribuer en assurant la formation et en menant des recherches dans le domaine de l'abus de drogues, et peuvent également servir de modèles.

La communauté universitaire est influente et en contact direct avec les jeunes. Les facultés de médecine, autres écoles dans le domaine parasanitaire, facultés de droit, etc., sont importantes à cet égard.

6.10 Services médicaux et psychiatriques

Les services médicaux et psychiatriques des secteurs privé et public figurent parmi les ressources qui peuvent être avantageusement utilisées dans tous les domaines touchant à l'abus de drogues, en particulier dans la prise en charge de l'intoxication aiguë, la désintoxication et la prévention des rechutes. Ils peuvent aussi participer à la formation et aux recherches.

6.11 Organisations non gouvernementales

Les organisations non gouvernementales (ONG) comprennent toute une gamme de groupes communautaires religieux, charitables, commerciaux, qui sont le lieu de maintes activités pouvant affecter divers aspects de l'offre et de la demande. Leurs activités doivent avoir des objectifs bien définis et être orientées vers des résultats concrets dans le cadre de programmes nationaux complets. Leurs ressources peuvent être utilisées dans de nombreux domaines de la prévention, du traitement et de la réadaptation, comme par exemple pour la création de centres de traitement, la recherche d'emplois pour les anciens toxicomanes, l'aide aux familles pour faire face aux problèmes liés à la drogue, l'organisation d'activités pour les jeunes dans leurs heures de loisirs, etc.

6.12 Organisations internationales

De nombreuses organisations internationales oeuvrent dans les différents domaines touchant au problème de la drogue. L'Assemblée générale des Nations Unies a déclaré les années 90 "Décennie des Nations Unies contre l'abus des drogues". C'est aussi une décennie de promotion des valeurs familiales et d'un mode de vie sain.

L'annexe 1 présente une liste des institutions des Nations Unies qui s'occupent des drogues et le rôle de chacune d'elles à cet égard.

6.13 Application de la législation

Les organes chargés d'assurer le respect des lois s'occupent de différents aspects de l'abus de stupéfiants et psychotropes. La formation du personnel de différents niveaux chargé de la répression est d'une importance capitale dans la lutte contre l'abus de drogues. Cette formation ne devrait pas se limiter à des sujets policiers, douaniers et judiciaires, mais comprendre également des sujets touchant aux aspects bio-psycho-sociaux de l'abus de drogues.

7. **Elaboration d'une stratégie d'action**

Il ressort de l'examen des différents aspects de l'abus des drogues liés à la santé que:

- a) les causes de l'abus des drogues sont complexes, étroitement liées et parfois hors de portée d'action. Beaucoup d'entre elles sont liées à des facteurs ne relevant pas du seul secteur de la santé. Donc, l'approche stratégique fondée sur les causes seulement n'a guère de chances de réussir.
- b) Il n'est guère raisonnable de donner de grandes espérances en proposant des buts et approches grandioses, peu réalistes, dans un domaine aussi complexe que l'abus des drogues. Les stratégies réalisables devraient éviter la rhétorique pour se concentrer sur des plans d'action exécutables, et les activités devraient être bien définies et avoir des objectifs clairs.
- c) Les causes de l'abus de drogues sont diverses et complètement entrelacées, mais il en est de même des ressources pour combattre l'abus de drogues. Il semble plus prometteur d'identifier ces ressources et d'établir des plans et programmes basés sur celles-ci.
- d) Un programme régional doit tenir compte des similarités et différences existant dans les différents pays de la Région pour des questions comme le type de drogues faisant l'objet d'un abus, les dispositions administratives, les politiques de santé, le contexte culturel, etc. Ce programme doit être suffisamment souple pour prendre en compte toutes ces considérations.

- e) L'un des éléments les plus efficaces et les plus importants de l'infrastructure sanitaire qui peut être utilisé dans les programmes de lutte contre l'abus de drogues est la politique nationale et le programme national de santé mentale existants dans chaque pays de la Région. Dans les pays où les services de santé mentale sont déjà intégrés dans le système de santé, cela peut se faire en introduisant certaines mesures de prévention, de diagnostic, de traitement et de réadaptation concernant l'abus de drogues, mesures qui seront appliquées par le personnel des SSP aux différents niveaux. D'autres approches, liées aux programmes urbains et scolaires de santé mentale, peuvent également être engagées dans les pays où des programmes existent dans ces domaines. Dans certains pays, des services de prévention et de traitement peuvent être fournis conjointement avec les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et les programmes de santé maternelle et infantile ou de promotion de modes de vie sains.

7.1 Stratégies d'action

Sur la base de l'analyse précédente, les stratégies suivantes semblent particulièrement pertinentes pour la lutte contre l'abus de drogues dans les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, comme déjà indiqué dans le document technique intitulé "Protection et promotion de la santé mentale" (EM/RC35/15 de 1988):

- élaboration de politiques nationales claires et de programmes nationaux bien définis liés aux plans de santé nationaux, couvrant les deux aspects de l'offre et de la demande;
- coordination des divers secteurs s'occupant des problèmes de l'abus de drogues, par exemple, éducation sanitaire, protection sociale, police, loi et justice, groupes religieux, ONG, etc.;
- accent mis sur la promotion de modes de vie sains et la prévention de l'abus de drogue, grâce à l'éducation sanitaire.
- renforcement des enseignements religieux en faveur de modes de vie sains, réduisant ainsi la demande de drogue;
- inclusion du tabac dans les programmes de lutte contre l'abus de drogues et utilisation des campagnes anti-tabac comme approche indirecte de lutte contre l'abus de drogues en général; et
- mise en place de services de traitement de la pharmacodépendance intégrés dans les services de santé mentale et services de santé généraux, et non pas isolés pas du système de soins de santé généraux.

Le **tableau 4** présente d'autres exemples d'approches fondées sur les ressources disponibles dans la Région.

Tableau 4
Exemples d'approches fondées sur les ressources

Ressource	Approche soutenue	Activités programmatiques
Religion et foi	Participation des institutions religieuses et utilisation des enseignements religieux dans l'éducation pour la santé.	Organisation d'une consultation. Préparation du matériel éducatif
Famille	Aide aux familles dont l'un des membres est toxicomane ou alcoolique. Identification des familles qui ont beaucoup de problèmes et aide à ces familles pour éviter l'abus d'alcool et des drogues.	Mise au point de matériels d'éducation sanitaire. Production de matériels de formation pour compléter la formation du personnel de santé par des éléments d'information pertinents sur les questions psycho-sociales.
Ecoles	Utilisation des écoles pour jouer un rôle actif dans les programmes de santé mentale et de prévention de l'abus de drogues.	Organisation d'une consultation sur la santé mentale dans les écoles. Préparation du matériel pédagogique destiné aux cours de formation des enseignants et du personnel de santé scolaire participation des directeurs d'écoles aux programmes nationaux de santé mentale.
Travail	Identification des milieux de travail et cadres organisationnels susceptibles d'accroître le risque d'abus de l'alcool et des drogues dans la Région.	Démarche auprès du patronat et des syndicats pour élaborer des stratégies communes de prévention et d'assistance (exemple: projet conjoint OIT/OMS sur l'abus de drogues dans les usines).

Ressource	Approche soutenue	Activités programmatiques
Communauté	Utilisation des chefs communautaires et des manifestations traditionnelles pour la promotion de modes de vie sains.	Réalisation d'une exploration ethno-géographique des pays pour identifier les moyens de renforcer la résistance de la communauté à l'abus de l'alcool et des drogues.
Structure sanitaire existante	Utilisation de la structure sanitaire existante pour aider les personnes qui ont des problèmes liés à l'alcool et aux drogues.	Production de modules de formation et directives spécifiques qui permettront aux agents de santé de traiter les problèmes causés par l'alcool et les drogues. Organisation d'une réunion interpays sur les services de santé mentale dans la Région, s'attachant plus particulièrement au rôle de ces services dans la lutte contre les problèmes d'alcool et de drogue.
Communauté universitaire	Participation des établissements de recherche à l'étude des problèmes liés à l'abus d'alcool et des drogues aux niveaux régional et national et aux recherches sur les méthodes de traitement et de réadaptation.	Organisation d'un cours de formation sur la méthodologie de la recherche (l'accent étant mis plus particulièrement sur l'évaluation des besoins).
Application de la législation	Révision de la législation afin de faciliter la mise en oeuvre des programmes de santé pour traiter les problèmes liés à l'alcool et aux drogues.	Organisation d'une consultation sur la législation concernant la santé mentale et les problèmes psycho-sociaux.
Médias	Participation des médias aux campagnes contre l'abus des drogues.	Publication régulière de communiqués de presse contenant des informations sur les problèmes liés à l'abus de l'alcool et des drogues, leurs solutions et les possibilités de prévention.
Ressources régionales	Occasions d'échanger des données d'expérience au niveau régional.	Organisation de consultations régionales pour les points focaux sur les aspects médico-sanitaires de l'abus de drogue.

Ressource	Approche soutenue	Activités programmatiques
OMS et autres organisations	Participation à l'élaboration de stratégies et plans nationaux et régionaux pour combattre les problèmes de drogue et d'alcool.	Production des apports pertinents au cours de missions de l'OMS et des exercices de planification réalisés avec les pays. Participation d'autres organisations intergouvernementales (Ligue des Etats arabes) et non gouvernementales (Association mondiale de Psychiatrie) aux programmes nationaux et régionaux.

8. Conventions internationales contre l'abus des drogues

8.1 Convention unique sur les stupéfiants de 1961

Depuis le début de ce siècle, le contrôle international de l'opium et des autres drogues engendrant une dépendance s'est développé. La première Convention internationale sur l'opium a été signée à La Haye (Pays-Bas) en 1912. Au cours des cinquante années qui ont suivi, plus de huit "Conventions", "Accords" ou "Protocoles" internationaux ont été signés sur le contrôle de l'opium et d'autres stupéfiants. Enfin, sous la direction de l'Organisation des Nations Unies, une Convention unique sur les stupéfiants a été élaborée en 1961. Cette Convention a annulé toutes les conventions antérieures. Elle régleme la production, l'utilisation à des fins médicales, le commerce international et tous autres aspects connexes en vue du contrôle international et national de l'opium, du cannabis, des feuilles de coca et de leurs dérivés. A la lumière de l'expérience acquise, la Convention a été modifiée par un protocole en 1972, pour en faire un instrument complet couvrant tous les aspects des stupéfiants.

8.2 Convention de 1971 sur les Substances psychotropes

Bien que la Convention unique de 1961 ait largement couvert les divers aspects liés au contrôle de ce que l'on appelle les "stupéfiants", de nombreux pays ont commencé à prendre conscience du nouveau danger que représente l'explosion soudaine des connaissances dans le domaine de la psychopharmacologie. Depuis 1950, des centaines de médicaments psychotropes et autres composés psycho-actifs ont fait leur apparition sur le marché dans tous les pays. Un bon nombre d'entre eux ont un grand potentiel dépendogène et causent d'autres atteintes à la santé. Alors que les stupéfiants placés sous contrôle en vertu des dispositions de la

Convention unique à savoir, l'opium, le cannabis et les feuilles de coca, étaient tous des produits naturels provenant de végétaux qui poussent, pour la plupart, dans les pays en développement d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud, les nouvelles substances psychotropes sont des produits obtenus par synthèse, principalement dans les laboratoires des pays industrialisés d'Europe et d'Amérique du Nord.

En réponse aux pressions des Etats Membres, l'Organisation des Nations Unies a établi une autre convention, la Convention sur les Substances psychotropes, qui a été adoptée à Vienne en 1971. Une caractéristique importante de cette nouvelle Convention est que toutes les substances psychotropes sont classées, selon leur nature nocive potentielle et leur usage médicinal, en quatre tableaux de sévérité ~~de~~ décroissante allant du tableau I dans lequel sont inscrites les drogues nécessitant un contrôle maximum au tableau IV dans lequel se trouvent celles nécessitant un contrôle minimum. Il existe un mécanisme d'évaluation régulière de ces drogues par l'OMS, qui par ailleurs adresse des recommandations en vue des additions, suppressions ou modifications dans chaque catégorie. La décision finale appartient à la Commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies.

On trouvera à l'Annexe 2 la liste la plus récente des pays signataires de différentes conventions.

9. Recommandations

Il est recommandé que:

1. Les Etats Membres élaborent des politiques nationales claires et des programmes nationaux bien définis pour la lutte contre l'abus de drogues.

Ces programmes nationaux:

- 1.1 devraient être multisectoriels et dirigés par les autorités au niveau le plus élevé possible dans le pays, en impliquant les secteurs concernés par la santé, ainsi que les secteurs chargés de l'application de la législation, l'éducation, des services sociaux et les organisations non gouvernementales;
- 1.2 devraient couvrir les deux aspects de l'offre et de la demande;
- 1.3 devraient recenser les ressources disponibles pour combattre l'abus de drogues et s'attacher à trouver les meilleurs moyens possibles d'utiliser ces ressources de manière harmonieuse dans le cadre d'une action concertée, en évitant les mesures parallèles;

- 1.4 devraient accorder une large place à la prévention de l'abus de drogues par la promotion de modes de vie sains en mobilisant la participation des chefs religieux et communautaires, le système scolaire, les médias, et la famille ainsi que dans le cadre des activités culturelles et sportives; et
 - 1.5 devraient établir des programmes de traitement qui soient complets, c'est-à-dire, assurent le suivi ainsi que la désintoxication, la réadaptation, des conseils et, au besoin, la réinsertion sociale dans la collectivité.
2. Dans les pays où l'abus de drogues est un problème majeur, des groupes nationaux doivent être constitués pour recueillir régulièrement des données et suivre de près l'évolution des toxicomanies. Ce processus peut être amorcé par une consultation du Bureau régional de la Méditerranée orientale qui peut fournir un soutien technique à ces groupes. Avec le soutien des groupes de pays, un groupe consultatif régional peut être formé.
 3. Au moins un centre universitaire devrait être renforcé avec l'appui de l'OMS dans trois ou quatre pays où l'abus de drogues constitue un problème majeur. Les fonctions de ces centres seraient les suivantes:
 - 3.1 recueillir des données appropriées et surveiller l'évolution des toxicomanies dans le pays;
 - 3.2 former les professionnels de la santé et autres professionnels engagés dans la lutte contre l'abus de drogues;
 - 3.3 effectuer des recherches fondées sur les besoins;
 - 3.4 établir des programmes communautaires pour la prévention de l'abus de drogues; et
 - 3.5 mettre en place des services modèles de prévention de l'abus de drogues.

Annexe 1

**LE SYSTEME DES NATIONS UNIES ET
LE CONTROLE DES DROGUES**

Assemblée générale

L'Assemblée générale est l'organe par lequel l'Organisation des Nations Unies adopte des résolutions, conventions et protocoles et approuve des fonds. Il sert de tribune permettant aux différents gouvernements d'exprimer leurs opinions.

Conseil économique et social (ECOSOC)

Il incombe au Conseil économique et social, qui est composé de 54 membres, de formuler les politiques générales de l'Organisation des Nations Unies dans le domaine du contrôle de l'abus des drogues, de coordonner les activités de contrôle des drogues avec tous les programmes économiques et sociaux de l'Organisation des Nations Unies et de présenter aux gouvernements les recommandations pertinentes. Dans cette tâche, le Conseil est secondé et conseillé par l'une de ses commissions techniques, la Commission des Stupéfiants, dont il est l'instance supérieure.

Commission des Stupéfiants (CND)

La Commission des Stupéfiants, qui compte 53 membres, est l'une des six commissions techniques du Conseil économique et social. C'est l'organe du système des Nations Unies qui détermine la politique à suivre pour tout ce qui concerne le contrôle de l'abus des drogues. Les trois conventions sur le contrôle des drogues lui assignent des fonctions importantes. Elle aide le Conseil économique et social à superviser l'application des conventions et accords internationaux concernant les stupéfiants et les substances psychotropes, examine les changements qu'il peut être nécessaire d'apporter aux mécanismes existants de contrôle international de ces drogues et peut préparer de nouvelles conventions et nouveaux instruments internationaux.

Organe international de Contrôle des Stupéfiants (INCB)

L'Organe international de Contrôle des Stupéfiants a été créé par la Convention unique sur les Stupéfiants de 1953. Il est composé de 13 membres élus par le Conseil à titre individuel, dont trois sur une liste de candidats désignés par l'OMS pour leur expérience de la médecine, de la pharmacologie ou de la pharmacie. Cet organe a des attributions quasi-judiciaires consistant à contrôler et encourager l'application des conventions sur le contrôle des drogues. Dans ce but, il surveille tous les stades du mouvement licite des drogues, prend des mesures pour assurer l'observation des clauses des conventions (consultation avec les gouvernements intéressés lorsque celles-ci ne sont pas observées, annonce publique des cas de non-respect au besoin, etc.), publie un rapport annuel avec des suppléments techniques et administre le système d'évaluations et de statistiques.

Secrétariat des Nations Unies

Programme international des Nations Unies pour la lutte contre la drogue (UNDCP)

Ce programme a été créé en 1991 au sein du Secrétariat des Nations Unies à Vienne (Autriche) en y intégrant trois anciennes unités des Nations Unies s'occupant des drogues, à savoir, la Division des Stupéfiants, le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues et le secrétariat de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants. Ce programme est chargé d'assurer la coordination et la direction effective de toutes les activités de lutte contre la drogue des Nations Unies.

Centre pour le développement social et les affaires humanitaires (CSDHA)

Ce Centre, qui fait partie du Département des Affaires économiques et sociales internationales, s'occupe des effets néfastes de l'abus des drogues sur le développement social, notamment la désintégration sociale et la montée de la criminalité.

Institut interrégional de recherche des Nations Unies sur la criminalité et la justice (UNICRI)

Cet Institut, ancien Institut de recherche des Nations Unies sur la défense sociale, créé sous l'égide du Centre pour le développement social et les affaires humanitaires, réalise des études sur l'interaction entre le comportement criminel et les mesures de lutte contre la drogue.

Institutions spécialisées

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS exerce les responsabilités qui lui sont assignées par les conventions internationales sur le contrôle des drogues et les substances psychotropes en évaluant les substances et en adressant des recommandations à l'Organisation des Nations Unies concernant le contrôle international de ces substances. Bien que les décisions finales doivent être prises par l'Organisation des Nations Unies (Commission des Stupéfiants et Conseil économique et social), l'évaluation de l'OMS doit être considérée comme "déterminante" en ce qui concerne les questions médicales et scientifiques.

Outre le rôle qui lui est confié par ces conventions, l'OMS en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies est responsable de la santé au niveau international, joue un rôle dans les activités de réduction de la demande intéressant la santé telles que la prévention, le traitement et la réadaptation des personnes pharmacodépendantes.

Organisation internationale du travail (OIT)

Les activités de lutte contre la drogue de l'OIT concernent l'emploi et le bien-être des femmes, et portent essentiellement sur les problèmes associés à la drogue sur le lieu de travail et les domaines de la formation professionnelle et de la réadaptation des personnes phamacodépendantes.

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)

Les activités de l'UNESCO liées à la drogue sont axées sur la prévention de l'abus des drogues par l'éducation scolaire et l'information du public.

Organisation maritime internationale (OMI)

Les activités de lutte contre la drogue de l'OMI portent sur la prévention de la contrebande de drogue sur les bateaux engagés dans le trafic maritime international.

Organisation de l'aviation civile internationale (OACI)

L'OACI cherche des moyens de contrecarrer le trafic illicite des drogues par voie aérienne.

Union postale universelle (UPU)

L'UPU s'attache à promouvoir la collaboration pour la prévention de la transmission illicite de drogue par courrier.

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)

La FAO a participé à des projets visant à améliorer le revenu des agriculteurs et à réduire les incitations à la culture de plantes dont on extrait les stupéfiants.

Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI)

L'ONUDI veille à ce que ses projets de coopération technique visant le développement de l'industrie respectent les conditions des conventions internationales de contrôle des drogues.

Programmes des Nations Unies

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Le PNUD cherche à incorporer des programmes de lutte contre l'abus des drogues dans le contexte du développement général.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

L'UNICEF s'attache à améliorer la vie au sein de la communauté, principalement en renforçant la famille et en fournissant des services aux enfants dans le besoin, notamment les enfants des rues.

Programme alimentaire mondial (PAM)

Le PAM fournit une aide alimentaire dans le cadre de certains projets de développement rural visant la substitution de produits agricoles à la culture illicite du pavot à opium.

Autres organisations internationales

Conseil de coopération douanière (CCD)

Le CCD s'attache à promouvoir la coopération technique afin de renforcer la coordination de l'application des dispositions entre les autorités douanières pour le contrôle de la contrebande de drogues.

Organisation internationale de police criminelle (OIPC/INTERPOL)

L'OIPC/INTERPOL s'attache à promouvoir la coopération internationale entre les organes chargés d'assurer le respect des lois contre le trafic illicite de drogues.

Annexe 2

**LISTE DES PAYS SIGNATAIRES DE
DIFFERENTES CONVENTIONS
(au 15 juillet 1993)**

**Convention sur les stupéfiants de 1961¹, telle que modifiée par le
Protocole de 1972²**

Les 137 Etats suivants sont parties soit à la Convention de 1961 seulement soit à la Convention de 1961 et à la Convention de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972; sur ces 137 Etats, 24 (ceux qui sont soulignés) sont parties à la Convention de 1961 seulement:

Afghanistan; Afrique du Sud; Algérie; Allemagne; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Australie; Autriche; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Bélarus; Belgique; Bénin; Bolivie; Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Bulgarie; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Canada; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Danemark; Egypte; Emirats arabes unis; Equateur; Espagne; Etats fédérés de Micronésie; Etats-Unis d'Amérique; Ethiopie; Fidji; Fédération de Russie; Finlande; France; Gabon; Ghana; Grèce; Guatemala; Guinée; Haïti; Honduras; Hongrie; Iles Marshall; Iles Salomon; Inde; Indonésie; Iran; Iraq; Irlande; Islande; Israël; Italie; Jamaïque; Japon; Jordanie; Kenya; Koweït; Lesotho; Liban; Libéria; Lybie; Liechtenstein; Luxembourg; Madagascar; Malaisie; Malawi; Mali; Malte; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Mongolie; Myanmar; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Norvège; Nouvelle-Zélande; Oman; Pakistan; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pays-Bas; Pérou; Philippines; Pologne; Portugal; Qatar; République de Corée; République démocratique populaire lao; République dominicaine; Roumanie; Royaume-Uni; Rwanda; Sainte-Lucie; Saint-Siège; Sénégal; Seychelles; Singapour; Slovaquie; Slovénie; Somalie; Soudan; Sri Lanka; Suède; Suisse; Suriname; Syrie; Tchad; Thaïlande; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turquie; Uganda; Ukraine; Uruguay; Venezuela; Yougoslavie; Zaïre; Zambie.

Convention de 1971³ sur les Substances psychotropes

Les 117 Etats suivants sont parties à cette Convention:

Afghanistan; Afrique du Sud; Allemagne; Algérie; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine; Australie; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbade; Bélarus; Bénin; Bolivie; Botswana; Brésil; Brunéi Darussalam; Bulgarie; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Canada; Cap-Vert; Chili; Chine; Chypre; Colombie; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Danemark; Egypte; Emirats arabes unis; Equateur; Espagne; Etats fédérés de Micronésie; Etats-Unis d'Amérique; Ethiopie; Fidji; Fédération de Russie; Finlande; France; Gabon; Ghana; Grèce; Grenade; Guatemala; Guinée; Guyane; Hongrie; Iles Marshall;

¹ Entrée en vigueur: 13 décembre 1964

² Entrée en vigueur: 8 août 1975

³ Entrée en vigueur: 16 août 1976

Inde; Iraq; Irlande; Islande; Israël⁴; Italie; Jamaïque; Japon; Jordanie; Koweït; Lesotho; Libye; Luxembourg; Madagascar; Malaisie; Malawi; Malte; Maroc; Maurice; Mauritanie; Mexique; Monaco; Nicaragua; Niger; Nigéria; Norvège; Nouvelle-Zélande; Pakistan; Panama; Papouasie-Nouvelle-Guinée; Paraguay; Pérou; Philippines; Pologne; Portugal; Qatar; République de Corée; République dominicaine; Roumanie; Royaume-Uni; Rwanda; Saint-Siège; Sénégal; Seychelles; Singapour; Slovaquie⁵; Slovénie; Somalie; Sri Lanka; Suède; Suriname; Syrie; Thaïlande; Togo; Tonga; Trinité-et-Tobago; Tunisie; Turquie; Uganda; Ukraine; Uruguay; Venezuela; Yougoslavie; Zaïre; Zambie⁶.

Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988⁷

Les 82 Etats suivants sont parties à cette Convention:

Afghanistan; Antigua-et-Barbuda; Arabie saoudite; Argentine⁸; Australie; Bahamas; Bahreïn; Bangladesh; Barbades; Bélarus; Bhoutan; Bolivie; Brésil; Bulgarie; Burkina Faso; Burundi; Cameroun; Canada; Chili; Chine; Chypre; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Danemark; Dominique⁹; Egypte; El Salvador¹⁰; Emirats arabes unis; Equateur; Espagne; Etats-Unis d'Amérique; Fidji; Fédération de Russie; France; Ghana; Grèce; Grenade; Guatemala; Guinée; Guyane; Honduras; Inde; Iran; Italie; Japon; Jordanie; Kenya; Luxembourg; Madagascar; Malaisie¹¹; Maroc; Mauritanie¹²; Mexique; Monaco; Myanmar; Népal; Nicaragua; Niger; Nigéria; Oman; Pakistan; Paraguay; Pérou; Portugal; Qatar; Roumanie; Royaume-Uni; Sénégal; Seychelles; Slovaquie¹³; Slovénie; Sri Lanka; Suède; Suriname; Syrie; Togo; Tunisie; Uganda; Ukraine; Venezuela; Yougoslavie; Zambie¹⁴.

Le 31 décembre 1990, la Communauté économique européenne a déposé son instrument de confirmation officielle à cette Convention (Etendue de compétence: Article 12)

-
- 4 A compter du 9 septembre 1993
- 5 A compter du 25 août 1993
- 6 A compter du 26 août 1993
- 7 Entrée en vigueur: 11 novembre 1990
- 8 A compter du 8 septembre 1993
- 9 A compter du 28 septembre
- 10 A compter du 19 août 1993
- 11 A compter du 9 août 1993
- 12 A compter du 29 septembre 1993
- 13 A compter du 26 août 1993
- 14 A compter du 26 août 1993