

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



مَنْظَرُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC52/5
Septembre 2005

Cinquante-deuxième session

Original: arabe

Point 5 c) de l'ordre du jour

Document technique

Usage de substances psychoactives et dépendance

Table des matières

Résumé d'orientation.....	i
1. Introduction	1
2. Situation dans le monde	1
2.1 Prévalence	1
2.2 Effets nocifs	1
2.3 De nouvelles connaissances sur la question	1
3. Situation régionale	1
3.1 Généralités.....	1
3.2 Dimensions et atouts spirituels, sociaux et culturels.....	1
3.3 Consommation de tabac	1
3.4 Consommation d'alcool.....	1
3.5 Consommation de khat	1
3.6 Abus de médicaments	1
3.7 Consommation de drogues par injection	1
4. Efforts régionaux visant à lutter contre l'usage de substances psychoactives	1
5. Questions stratégiques	1
6. Orientations stratégiques	1
7. Conclusions	1
8. Recommandations	1

Résumé d'orientation

Le problème que représente pour la santé publique l'usage de substances psychoactives et la dépendance engendrée par cet usage s'aggrave d'année en année. Car bien plus qu'un problème de santé, il s'agit en fait d'un formidable défi moral, social et économique ayant l'ampleur d'une pandémie. Aucun pays, aucun lieu dans le monde ne peut être considéré comme étant « exempt de drogue ». Les pays de la Région de la Méditerranée orientale représentant l'une des plus importantes zones de transit du monde pour les drogues illicites, et nombre d'entre eux connaissant une rapide évolution sociale et des situations de conflit, ils se trouvent de plus en plus souvent confrontés à des problèmes sanitaires, sociaux et économiques liés à l'usage de substances psychoactives et à la dépendance. La consommation de substances chez les jeunes (15-24 ans) et les femmes est en augmentation. Les substances engendrant une dépendance les plus fréquemment consommées sont le cannabis, les sédatifs, les opiacés et les stimulants. La consommation de drogues par injection est un phénomène nouveau qui a des conséquences importantes pour la santé publique, en ce qui concerne en particulier la propagation des infections transmises par le sang. Les substances que les toxicomanes s'injectent le plus souvent sont les opiacés. La proportion de séropositifs parmi les consommateurs de drogues par injection s'est accrue, passant de 0,16 % en 1999 à 3,26 % en 2003, tandis que, parallèlement, la transmission du VIH par l'usage de drogues injectables passait de 2 % à 13 %.

Il est urgent de prendre conscience des conséquences sanitaires de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance qu'elles entraînent. Un certain nombre de mesures peuvent être mises en place pour s'attaquer au problème à l'échelle de la personne, de la famille, de la communauté et du système de santé. Ces deux dernières années, grâce aux conseils des membres du Groupe consultatif régional sur l'impact de la toxicomanie (RAPID), le Bureau régional a fait de grands progrès dans la formulation d'une réponse régionale à ce problème. On a ainsi élaboré un projet de stratégie régionale dont les orientations sont les suivantes : mise au point d'une politique nationale axée sur les actions plurisectorielles et la constitution de réseaux ; amélioration de la compréhension de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance ainsi que des connaissances sur ce problème, en particulier pour ce qui est de son étendue, de ses facteurs déterminants, de ses conséquences et des interventions nécessaires ; développement des ressources humaines ; meilleure accessibilité à une large gamme de services de bien-être psychosocial, de prévention, de dépistage précoce, de traitement, de réadaptation et de réduction des effets nocifs, ces services devant être intégrés dans le système général de santé ; mesures centrées sur la communauté à prendre dans tous ces domaines en s'appuyant sur des interventions acceptables sur le plan culturel et qui soient effectuées dans des forums religieux et cadres éducatifs et avec l'aide d'organisations non gouvernementales. Il est recommandé aux États Membres d'élaborer des stratégies nationales de prévention, de traitement et de réduction des effets nocifs ; de garantir aux personnes touchées l'accès aux systèmes de santé et de soutien social ; de développer le potentiel approprié dans les ministères de la santé ; et de mettre en place des programmes de prévention primaire, tels que l'enseignement des compétences essentielles à l'école.

1. Introduction

Le problème que représente pour la santé publique l'usage de substances psychoactives et la dépendance engendrée par cet usage s'aggrave d'année en année. Car bien plus qu'un problème de santé, il s'agit en fait d'un formidable défi moral, social et économique qui a l'ampleur d'une pandémie. Aucun pays, aucun lieu dans le monde ne peut être considéré comme étant « exempt de drogue ». Les pays de la Région de la Méditerranée orientale représentant l'une des plus importantes zones de transit du monde pour les drogues illicites, et nombre d'entre eux connaissant une rapide évolution sociale et des situations de conflit, ils se trouvent de plus en plus souvent confrontés à des problèmes sanitaires, sociaux et économiques liés à l'usage de substances psychoactives et à la dépendance.

Tout au long de l'histoire, les gens ont fait usage de différentes substances pour modifier leur état d'esprit. La production d'alcool était une activité généralement populaire dans les communautés préislamiques de la péninsule arabique [1]. L'usage de l'opium faisait partie de la culture traditionnelle dans un certain nombre de pays de la Région. Jusqu'à une époque récente, la consommation de drogues était en majeure partie limitée à des contextes spécifiques liés à des traditions particulières. Ce qui est nouveau aujourd'hui, c'est la plus grande variété de drogues consommées, leur puissance accrue, leurs modes d'administration plus actifs (l'injection par exemple), l'absence d'encadrement social et, partant, un pourcentage plus élevé de personnes qui consomment des drogues et deviennent dépendantes, avec les conséquences sanitaires et sociales que cela implique.

Le présent document a pour objet :

- d'examiner la situation en matière d'usage de substances et de dépendance à l'échelle mondiale et dans la Région, en mettant l'accent sur un certain nombre de tendances alarmantes telles que l'augmentation du nombre absolu d'usagers, la diminution de leur âge moyen, le nombre croissant de femmes parmi eux et la progression de la consommation par injection ;
- de passer en revue les connaissances récentes sur la question et les différentes approches des soins et de recenser les domaines dans lesquels les pays devraient prendre des mesures. Au nombre de celles-ci figurent l'élaboration de politiques nationales, l'organisation de programmes de prévention, l'intégration des programmes de soins pour les personnes dépendantes dans les soins de santé généraux et l'atténuation des risques pour la santé dus à la consommation de substances et à la dépendance engendrée par celles-ci.

2. Situation dans le monde

2.1 Prévalence

L'usage de l'alcool, du tabac et d'autres substances réglementées s'accroît et contribue de manière importante à la charge de morbidité mondiale. Le tabagisme est en hausse dans les pays en développement et chez les femmes. Actuellement, dans ces pays, 50 % des hommes et 9 % des femmes fument, contre 35 % des hommes et 22 % des femmes dans les pays industrialisés. La Chine, en particulier, joue un rôle non négligeable dans la propagation de cette épidémie dans les pays en développement. C'est en Asie que la consommation de cigarettes par habitant est maximale, suivie de près par les Amériques et l'Europe orientale.

La consommation d'alcool a diminué au cours des vingt dernières années dans les pays industrialisés, tandis qu'elle est en augmentation dans les pays en développement, notamment dans la Région du Pacifique occidental où la consommation annuelle par habitant adulte atteint 5 à 9 litres d'alcool pur, ainsi que dans les pays de l'ex-Union soviétique. Cette tendance à la hausse enregistrée dans les pays en développement est en grande partie due à une consommation accrue dans les pays asiatiques. En revanche, celle-ci est beaucoup plus faible dans les Régions Afrique, Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est de l'OMS.

D'après les estimations de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), 200 millions de personnes environ utilisent un type de substance illicite ou un autre. La plus fréquemment consommée est le cannabis, suivi par les amphétamines, la cocaïne et les opioïdes. L'usage de substances illicites est une activité essentiellement masculine, plus encore que la

consommation de tabac et celle d'alcool. Les jeunes sont également plus nombreux à utiliser des substances psychoactives que les classes d'âge plus âgées. 2,7 % de la population mondiale totale et 3,9 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont consommé du cannabis au moins une fois entre 2000 et 2001. Dans de nombreux pays industrialisés (Canada, États-Unis d'Amérique et pays européens par exemple), plus de 2 % des jeunes ont déclaré avoir utilisé de l'héroïne et près de 5 % avoir fumé de la cocaïne au cours de leur vie. En fait, 8 % des jeunes d'Europe occidentale et plus de 20 % de ceux des États-Unis d'Amérique ont déclaré avoir utilisé au moins un type de substance illicite autre que le cannabis. L'usage de drogues injectables est aussi en augmentation, avec des conséquences sur la propagation de l'infection à VIH dans un nombre croissant de pays [3].

La charge mondiale attribuable à l'usage de substances psychoactives est considérable : 8,9 % d'années de vie productive sont perdues en raison des incapacités et des décès prématurés, l'unité de mesure étant les années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). L'essentiel de la charge de morbidité est dû aux substances autorisées et non aux substances illicites. Parmi les dix facteurs de risque qui sont les plus importants du point de vue de la charge de morbidité évitable, le tabac figurait en quatrième position et l'alcool en cinquième position pour l'année 2000 et, d'après les projections, tous deux seront encore dans les premiers rangs en 2010 et 2020. Ils représentaient 4,1 % et 4 % respectivement de la charge morbide enregistrée en 2000, alors que les substances illicites ne comptaient que pour 0,8 % [4]. La morbidité imputable au tabac et à l'alcool est particulièrement importante chez les hommes dans les pays industrialisés (principalement en Europe et en Amérique du Nord), les hommes de ces pays étant fortement et depuis longtemps attachés à l'usage du tabac et de l'alcool et les populations vivant suffisamment longtemps pour que les problèmes de santé associés aux substances psychoactives aient le temps d'apparaître.

2.2 Effets nocifs

La raison pour laquelle les gens utilisent des substances psychoactives est qu'ils en attendent un avantage, soit un plaisir, soit l'évitement d'une douleur. Mais l'usage de ces substances implique également une nocivité potentielle, à court ou à long terme. Les effets nocifs peuvent être répartis en quatre catégories : les affections chroniques, les affections aiguës ou à court terme, les problèmes sociaux aigus et les problèmes sociaux chroniques. Parmi les exemples d'affections chroniques on peut citer la cirrhose hépatique (alcoolisme), le cancer du poumon et l'emphysème (tabagisme) et l'infection à VIH (consommation de drogues par injection). Les effets biologiques aigus ou à court terme sur la santé de produits tels que les opioïdes et l'alcool sont notamment ceux qui sont causés par une surdose de ces substances, ainsi que les accidents dus aux effets de la substance sur la coordination physique, la concentration et le jugement dans des circonstances où ces qualités ne sauraient être défaillantes. Les accidents occasionnés par la conduite d'un véhicule après consommation d'alcool ou d'autres drogues sont prépondérants dans cette catégorie, mais d'autres types d'accidents, le suicide et (du moins pour l'alcool) les coups et blessures y figurent également. La troisième et la quatrième catégorie d'effets nocifs sont les dommages sociaux : problèmes sociaux aigus, tels que l'interruption brutale d'une relation ou l'arrestation, et problèmes sociaux chroniques, tels que l'incapacité de remplir les obligations professionnelles ou familiales [2].

Les rapports mondiaux sur les drogues publiés par l'ONUDD fournissent des informations fiables sur la production, la répartition et les aspects économiques des drogues dont il est fait abus dans la Région. Ils soulignent l'importance qu'ont prise plusieurs pays de cette Région en tant que principaux producteurs de drogues. Environ 87 % de la production mondiale d'opium provient d'Afghanistan. Sur les cinq principales sources de cannabis, quatre se trouvent dans la Région : Maroc (22 %), Pakistan (15 %), Afghanistan (13 %) et Liban (8 %) [3,5]. À l'accroissement de la production s'ajoute une augmentation des saisies de drogues illicites et de la violence associée au trafic illégal de drogues. Selon le dernier rapport de l'ONUDD, les superficies utilisées pour la culture du pavot à opium en Afghanistan ont diminué en 2005, contrairement aux quantités réelles d'opium produites qui n'ont pas été sensiblement réduites.

2.3 De nouvelles connaissances sur la question

L'un des progrès majeurs de ces deux dernières décennies réside dans la meilleure compréhension des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux à l'origine de la consommation de drogues et de la

dépendance qu'elle engendre. Un rapport publié par l'OMS en 2004, *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*, apporte de nombreuses réponses fondées sur les données tirées de plusieurs disciplines scientifiques [2]. Il est significatif que les nouvelles connaissances sur le fonctionnement du cerveau permettent aujourd'hui d'orienter la conception des programmes de prévention et de traitement de l'abus de substances.

Ce rapport fait état de plusieurs observations importantes résumées ci-dessous :

- Toutes les substances psychoactives peuvent être nocives pour la santé suivant le mode de consommation, la quantité consommée et la fréquence de consommation.
- Il n'y a rien d'étonnant à ce que les substances psychoactives soient utilisées, en raison du plaisir qu'elles procurent, de la pression exercée par le groupe et du contexte social de leur utilisation.
- Les dommages pour la société ne sont pas dus qu'aux personnes dépendantes. Des dommages considérables sont imputables à des personnes non dépendantes, du fait d'intoxications aiguës et de surdoses, et au mode d'administration (injections à risque).
- La dépendance aux substances psychoactives est un trouble complexe qui met en jeu des mécanismes biologiques touchant le cerveau et sa capacité à maîtriser la consommation de ces substances. Les facteurs en jeu sont non seulement biologiques et génétiques, mais aussi psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux (Encadré 1).
- La dépendance aux substances psychoactives n'est pas une défaillance de la volonté ni un signe de faiblesse de caractère, mais une perturbation d'ordre médical susceptible de toucher n'importe quel être humain.
- Le traitement de la dépendance n'a pas seulement pour but l'arrêt de la consommation de drogue ; c'est un processus thérapeutique qui implique des changements de comportement, des interventions psychosociales et, souvent, le recours aux psychotropes de substitution. La dépendance peut être prise en charge et traitée de manière rentable, en sauvant des vies, en améliorant la santé des personnes touchées et de leur famille et en réduisant les coûts pour la société.
- L'un des principaux obstacles au traitement et aux soins dispensés aux personnes souffrant d'une dépendance ou de problèmes apparentés est le fait qu'elles font l'objet de stigmatisation et de discrimination.

Encadré 1. Consommation de substances psychoactives: facteurs de risque et facteurs de protection

Facteurs de risque

Environnementaux

- disponibilité des drogues
- pauvreté
- changements sociaux
- Influence de la culture des pairs
- profession
- normes et attitudes culturelles
- politiques concernant les drogues, le tabac et l'alcool

Individuels

- prédisposition génétique
- maltraitance pendant l'enfance
- troubles de la personnalité
- structure familiale perturbée et personnalité dépendante
- mauvais résultats scolaires
- exclusion sociale
- dépression et comportement suicidaire

Facteurs de protection

Environnementaux

- situation économique
- maîtrise des situations
- soutien social
- intégration sociale
- événements positifs de la vie

Individuels

- bonne capacité d'adaptation
- efficacité personnelle
- perception des risques
- optimisme
- comportements favorables à la santé
- capacité à résister à la pression sociale
- comportements bons pour la santé en général

Source: [2]

Des études effectuées dans certains pays de la Région ont montré que la dépendance à la drogue est l'une des affections physiques et mentales qui suscite le plus la stigmatisation [5,6], laquelle empêche les personnes concernées de se faire soigner. D'après une étude récente portant sur le Grand Caire, seules 12 % des personnes dépendantes à la drogue avaient reçu un traitement à un moment ou un autre [5].

3. Situation régionale

3.1 Généralités

En 2003–2004, Le Bureau régional a entrepris une analyse de la situation concernant l'usage de substances psychoactives et la dépendance dans les pays de la Région. Un questionnaire détaillé sur divers aspects de ce problème a été envoyé à tous les pays et 19 d'entre eux y ont répondu (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Palestine, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen). Treize pays ont procédé à une estimation officielle de l'étendue du problème de la dépendance au niveau national. La tendance de la consommation de substances parmi les jeunes (15-24 ans) est à la hausse dans 13 pays, est stable dans cinq autres et est à la baisse dans un pays. L'âge auquel on estime que les jeunes commencent à consommer des substances se situe entre 15 et 18 ans dans la plupart des pays. Dans 11 pays, on a fait une estimation officielle de l'étendue de la dépendance chez les femmes. Les substances auxquelles celles-ci sont le plus dépendantes sont les sédatifs, les opiacés et les stimulants.

L'âge moyen des personnes dépendantes se situe entre 33 et 44 ans, mais dans trois pays, il est entre 20 et 30 ans. Les décideurs et le grand public sont conscients de l'existence d'une dépendance à l'égard des opiacés (14 pays), du cannabis (9 pays), des stimulants (6 pays) et des sédatifs (4 pays) et ils y prêtent une grande attention. La consommation de drogues par injection a été signalée comme étant un problème grave dans 3 pays, d'importance moyenne dans 7 pays et très peu répandu dans 5 autres. Seize pays ont fait une estimation du nombre de toxicomanes par injection, nombre qui se situe entre 200 et 137 000. La tendance à l'injection de drogues est à la hausse dans 10 pays, stable dans 4 pays et à la baisse dans 4 autres. Les drogues que les gens s'injectent le plus fréquemment sont les opiacés et ce dans 13 pays.

3.2 Dimensions et atouts spirituels, sociaux et culturels

L'analyse de la véritable situation de cette Région ne saurait être complète si l'on ne prend pas en considération ses solides atouts culturels, religieux et sociaux. L'islam est la religion pratiquée par 90 % de la population de la Région, le christianisme venant en seconde position. Ces deux religions encouragent le maintien de liens familiaux solides, l'aide aux nécessiteux et l'adoption de codes moraux et spirituels préconisant des modes de vie sains. L'islam en particulier est fermement opposé à la consommation de *khamr*. *Ils t'interrogent au sujet du vin et du jeu de hasard ; dis : « Ils comportent tous deux, pour les hommes, un grand péché et un avantage, mais le péché qui s'y trouve est plus grand que leur utilité. »* [2:219]. Dieu a interdit les péchés qui impliquent des effets dommageables pour l'individu et la société : *« Mon Seigneur a seulement interdit : les turpitudes apparentes ou cachées, et le péché. »* [7 :33]

Contrairement à la croyance courante et d'après de nombreux récits authentiques d'origine islamique, le *khamr* se réfère non seulement à l'alcool mais aussi à toute substance qui trouble ou obscurcit la raison et la conscience. Le Prophète dit : « Tout enivrant et tout stupéfiant est interdit »¹ et aussi « Bien sûr tout enivrant est interdit, et tout stupéfiant est interdit. Tout ce dont une grande quantité enivre est aussi interdit en petite quantité. Tout ce qui altère la raison est illicite. »²

Les enseignements de l'islam accordent également une place importante au développement d'une personnalité humaine. Le musulman idéal est une personne responsable qui prône toujours la décence et s'oppose toujours à ce qui est détestable. La force de sa personnalité repose sur deux

¹ Rapporté par Muslim et Ibn Majeh d'après Ibn Umar

² Rapporté par Abu Naem in "Ma'refat al sahaba" d'après Anas ibn Huthayfah

caractéristiques bien marquées, encouragées par l'islam : la patience et la croyance dans la prédestination.

Nous vous éprouvons par un peu de crainte, de faim ; par des pertes légères de biens, d'honneurs ou de récoltes. Annonce la bonne nouvelle à ceux qui sont patients, à ceux qui disent, lorsqu'un malheur les atteint : « Nous sommes à Dieu et nous retournons à lui ». Voilà ceux sur lesquels descendent des bénédictions et une miséricorde de leur Seigneur. Ils sont bien dirigés. [2:155-157]

Un autre aspect des enseignements de l'islam qui peut être mis à profit pour l'élaboration de mesures de prévention des toxicomanies et de soins aux toxicomanes consiste à mettre en valeur le rôle que jouent les individus et la communauté dans l'apport d'un soutien psychologique, spirituel et social auxdits toxicomanes. La participation de la communauté et la responsabilité incombant à chaque individu d'apporter son aide lorsqu'un autre membre de la communauté se trouve en détresse sont des atouts importants qui peuvent servir lors de l'élaboration de programmes. Il est capital pour la Région d'avoir conscience de ce précieux héritage religieux et de savoir comment en tirer parti de la meilleure façon possible dans une démarche de prévention, de soins et de réduction des dommages liés aux drogues.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, tout comme dans de nombreuses autres parties du monde, la désintégration de la famille élargie, une urbanisation non planifiée, les migrations internes et l'apparition d'une sous-classe de nouveaux pauvres figurent parmi les principales causes de l'abus de substances. Toutefois, le fait que les fondements de la famille restent solides est un avantage. Tout programme de traitement et de lutte contre les toxicomanies devrait comporter un élément de collaboration avec les familles, surtout celles qui sont concernées par un problème de drogue.

3.3 Consommation de tabac

La consommation de tabac s'est accrue de 24 % au Moyen-Orient entre 1990 et 1997. Le Moyen-Orient et l'Asie sont en fait les deux seules régions du monde où les ventes de cigarettes ont augmenté pendant cette période. Au Moyen-Orient, la moitié des hommes adultes sont fumeurs. L'Égypte détient le plus grand nombre de consommateurs de tabac, tandis que c'est en Tunisie que l'on relève le taux de consommation le plus élevé. Celle-ci est passée de 12 milliards de cigarettes en 1970 à 52 milliards en 1997. L'ensemble des pays membres du Conseil de Coopération du Golfe (CCG) dépensent USD 800 millions par an en produits du tabac.

Au Maroc, le nombre de débits de tabac est passé de 9 600 en 1969 à 20 000 en 2003. En Égypte, le coût annuel direct du traitement des maladies engendrées par le tabagisme est estimé à USD 545,5 millions. Chez les hommes, le taux des décès par cancer attribuables au tabac est passé de 8,9 % en 1974 à 14,85 % en 1987, et le tabac est à l'origine de 90 % des cas de cancer du poumon. On compte 30 000 décès liés au tabac par an dans les pays membres du CCG. Avec le cancer du poumon en tête de liste des affections enregistrées dans la Région, 15 % de la totalité des frais médicaux comptabilisés dans ces pays - où les soins de santé sont gratuits - sont consacrés au traitement de maladies liées au tabac.

Plus la période pendant laquelle une personne a fumé est longue, plus les risques pour sa santé sont élevés. Ce sont les personnes qui commencent à fumer durant leur adolescence qui sont le plus en danger. En réalité, le risque pour une personne de développer un cancer du poumon est davantage dû au nombre d'années pendant lesquelles elle a fumé qu'au nombre de cigarettes consommées quotidiennement. Fait aggravant, en Égypte 85 % des fumeurs consomment aussi du tabac doux (*shisha*) à l'aide d'une pipe à eau, une pratique également très répandue dans les États membres du CCG. Dans ces États, 50 % des étudiants âgés de 14 à 18 ans fument, dont près de 25 % avaient commencé entre 10 et 15 ans [8].

3.4 Consommation d'alcool

La consommation de boissons alcoolisées – avec les problèmes qu'elle engendre – est une pratique solidement enracinée dans les sociétés humaines depuis les temps les plus reculés [9]. La production d'alcool à partir de dattes, de raisin, de miel et de sorgho (*doura*) était une activité généralement populaire au sein des communautés préislamiques de la péninsule arabique [1]. Les temples de

l'Égypte ancienne montrent des scènes de vinification et des personnes ivres. Il y a 200 ans environ, les effets nocifs que l'alcool peut engendrer se sont notoirement intensifiés avec la découverte du procédé de distillation, qui augmente les concentrations d'alcool. Au tout début de l'ère islamique, boire du vin était clairement considéré comme une perversion sociale contre laquelle on luttait avec efficacité. Baasher a écrit en 1981 que, après 14 siècles, le succès du modèle islamique d'abstinence et d'interdiction de l'alcool est toujours considéré comme exceptionnel, voire même quasiment unique dans l'histoire de l'humanité [1]. Toutefois, au cours des deux dernières décennies, plusieurs pays de la Région ont fait état d'un nombre croissant de personnes ayant des problèmes de santé liés à l'alcool qui ont cherché à recevoir des soins, notamment dans le domaine de la santé mentale [10]. En 2005, quelques pays ont signalé une augmentation générale de la consommation d'alcool ainsi que du nombre de personnes alcoolodépendantes.

La question de la consommation nocive d'alcool a été examinée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005 et traitée dans la résolution WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool. Dans cette résolution, l'Assemblée de la Santé a reconnu que les modes de consommation d'alcool, le contexte et la quantité totale consommée influencent la santé de la population dans son ensemble et que l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés.

Les stratégies visant à réduire la charge de morbidité liée à l'alcoolisme qui ont fait leurs preuves sont notamment les suivantes : fixation d'un âge légal minimum pour l'achat de boissons alcoolisées, monopole d'État sur les ventes au détail, limitation des heures ou des jours de vente, restrictions concernant la densité des débits de boissons, taxes sur l'alcool, alcootests, baisse de l'alcoolémie autorisée pour les conducteurs et interventions dans le cadre des soins de santé.

L'OMS entreprend actuellement des travaux dans plusieurs domaines en rapport avec la consommation d'alcool et la santé. Il s'agit notamment de recueillir, rassembler et diffuser des informations scientifiques sur la consommation d'alcool, de préparer des initiatives mondiales et régionales en matière de recherche et de politiques et d'aider les pays à dépister et prendre en charge les troubles liés à l'alcool au niveau des soins de santé primaires.

Le fait est que même si les problèmes liés à l'alcool sont moins importants dans cette Région qu'ailleurs, ils ont néanmoins tendance à augmenter et, si on veut les enrayer, il faut élaborer des programmes plus complets et davantage axés sur une démarche préventive. Les points ci-après peuvent être considérés comme les premières mesures qui s'imposent en la matière :

- mise en place d'un système de collecte et de communication de données fiables qui permette de fournir des renseignements plus précis, notamment sur la fabrication, l'importation, la contrebande et la production familiale d'alcool et les modes de consommation, et des statistiques plus détaillées concernant le nombre de personnes alcoolodépendantes. Les expériences d'autres régions, la Région européenne par exemple, peuvent être utiles à cet égard ;
- consultations au niveau régional pour discuter de l'élaboration de programmes complets et plurisectoriels destinés en particulier aux groupes les plus vulnérables et aux jeunes ;
- introduction de la question de l'alcoolisme dans le futur programme de travail du Groupe consultatif régional sur l'impact de la toxicomanie afin d'élaborer une stratégie régionale de lutte contre l'abus d'alcool.

3.5 Consommation de khat

La consommation de khat est répandue dans trois pays de la Région, à savoir Djibouti, la Somalie et le Yémen, où l'on estime que 60 à 80 % des adultes consomment cette substance tous les jours. Son usage devient de plus en plus populaire et a de multiples conséquences sociales et économiques telles que l'abandon d'autres cultures à son profit. Une récente étude menée à Hargeisa, en Somalie, a démontré l'existence d'un lien entre les troubles psychotiques et la mastication régulière de khat. Parmi les autres effets négatifs, on peut citer la négligence envers les enfants et l'appauvrissement, les familles consacrant une part disproportionnée de leur revenu à l'achat de cette substance [14].

Dans l'approche de la consommation de khat sous l'angle de la santé publique, il faut prendre en considération le fait que, dans certains pays, cette substance est largement acceptée du point de vue culturel et social et par conséquent adapter les interventions aux attitudes et pratiques sociales courantes [15]. À l'heure actuelle, il convient de mener des études systématiques sur les effets de l'usage chronique de khat sur la santé, y compris parmi les membres de la famille des consommateurs réguliers, et sur le rapport entre la consommation de khat et les patients internés dans des établissements psychiatriques, et il faut aussi recenser les groupes vulnérables parmi les consommateurs.

3.6 Abus de médicaments

Dans la population en général, et en particulier la population urbaine, l'abus de médicaments autorisés tels que les tranquillisants est en train de devenir un problème de santé publique. Contrairement aux drogues illicites comme l'héroïne, l'abus de produits licites est plus courant chez les femmes. À l'heure actuelle, la réglementation relative à la fourniture de médicaments est inadéquate, et un usage nocif très répandu de médicaments autorisés pourrait devenir un problème. Il est indispensable d'élaborer des méthodes permettant de suivre les tendances dans ce domaine. Une tentative dans ce sens a été faite dans la zone du Grand Caire en association avec l'ONUUDC.

3.7 Consommation de drogues par injection

Parmi les nombreuses incidences sanitaires de la consommation de drogues illicites, la plus importante est la propagation du VIH/SIDA chez les toxicomanes par voie intraveineuse. Le pourcentage de cas de SIDA dus à l'injection de drogues dans la Région a progressé, passant de 2,4 % de l'ensemble des cas notifiés en 1999 à 13 % environ en 2003. Cette augmentation reflète une évolution du mode de transmission : la pratique des injections de drogue a en effet pris le pas sur les rapports hétérosexuels. En 1999, moins de 0,2 % des usagers de drogues injectables testés pour le VIH dans la Région étaient séropositifs, alors que leur pourcentage atteignait 7,7 % en 2003. C'est là un problème de santé publique très préoccupant. La question de la nocivité particulière de l'usage de drogues par injection, lequel est responsable de la propagation du VIH/SIDA, doit faire l'objet d'une attention spéciale. De même, le problème posé par l'usage de substances psychoactives et la dépendance qu'il engendre dans les prisons est un sujet de préoccupation. Une récente étude portant sur 611 toxicomanes fréquentant des centres de traitement à Téhéran a montré que la prévalence du VIH-1 était de 15 % [16]. Les taux étaient supérieurs chez ceux qui s'étaient échangé des aiguilles en prison. Les rapports sexuels sans préservatifs ont eux aussi été associés dans une large mesure à la propagation de l'infection.

La mise en place de programmes d'échange d'aiguilles, comme cela se fait en République islamique d'Iran, et la volonté de mobilisation dont font preuve d'anciens usagers de substances psychoactives pour que les choses changent, comme en Oman, sont des faits positifs [17,18]. Il faut instaurer une coopération plus étroite entre les programmes de lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles et les programmes de soins de santé mentale afin de mettre des antirétroviraux à la disposition des usagers de drogues injectables et de mettre au point des services de proximité et des programmes d'éducation du public destinés à lutter contre la réprobation sociale.

Deux études achevées en 2004 en Égypte et en Jamahiriya arabe libyenne témoignent des aspects spectaculaires de ce problème. D'après une étude effectuée dans le Grand Caire sur 431 consommateurs de drogues ayant des comportements pouvant entraîner un risque d'infection par le VIH, seuls 98 d'entre eux (23 %) avaient déjà été traités pour leur toxicomanie [19]. Sur ces 98 personnes, seules 11% suivaient une thérapie. En outre, le taux de dépistage du VIH parmi les enquêtés était très faible. En Jamahiriya arabe libyenne, les infections à VIH liées à l'usage de drogues par injection ont considérablement augmenté ces dernières années en raison d'une modification de la présentation de l'héroïne et de restrictions dans l'approvisionnement en aiguilles [20]. Ces études soulignent la nécessité de surveiller la situation en permanence, car des changements peuvent se produire brusquement à la suite de divers facteurs.

Les programmes d'échange d'aiguilles sont particulièrement importants car on a constaté que le VIH peut survivre dans des aiguilles usagées pendant plusieurs jours et le virus de l'hépatite C pendant plusieurs semaines (en fonction notamment de la température et de l'humidité). Une démarche de

santé publique doit donc mettre l'accent sur l'importance de la récupération des aiguilles et des seringues usagées. L'efficacité d'une telle démarche pour l'élimination de la transmission du VIH et d'autres virus véhiculés par le sang tels que celui de l'hépatite a été clairement établie [21].

L'administration d'une thérapie de substitution se justifie par la réduction de la nocivité dans les domaines de la santé, de la vie familiale et de la situation professionnelle et la diminution de la délinquance et de ses conséquences juridiques. Ainsi, une fois que le VIH a été introduit dans une communauté locale de consommateurs de drogues par voie intraveineuse, il peut se propager extrêmement vite. L'administration d'une thérapie de substitution en cas de dépendance aux opioïdes constitue une stratégie efficace de prévention du VIH/SIDA qu'il faudrait envisager d'appliquer dès que possible aux opiomanes par voie intraveineuse dans les communautés exposées à l'épidémie de VIH/SIDA. C'est la raison pour laquelle il conviendrait d'intégrer les thérapies de substitution dans les autres interventions et services de prévention du VIH ainsi que dans les interventions et services de traitement et de soins destinés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA [22–25].

L'un des premiers signes de la propagation de la pratique des injections parmi les consommateurs de drogues a été relevé dans le milieu carcéral. Bon nombre de ces derniers sont emprisonnés pour des durées diverses dans de nombreux pays. En prison, les gens continuent en général de consommer des drogues illicites, ce qui entraîne la propagation de maladies transmises par le sang. Ce n'est que récemment que l'on a mis en place des programmes de lutte contre la toxicomanie en milieu carcéral qui sont axés sur le traitement et la réduction des effets nocifs. Il s'agit là d'un domaine important pour une action future. Une récente étude effectuée à Téhéran, en République islamique d'Iran, a montré qu'il existe un rapport entre l'infection à VIH-1 et la durée d'incarcération des personnes qui s'injectent des drogues [16]. La prévalence de l'infection à VIH était de 5 % chez les personnes qui n'avaient jamais été en prison, de 15 % chez celles qui y étaient restées moins de 6 mois et de 31 % chez celles qui y étaient restées plus de 6 mois. Les prisons sont des lieux où le risque de transmission du VIH est extrêmement élevé en raison de la surpopulation, de la mauvaise alimentation, de l'accès limité aux soins de santé, de la consommation de drogues illicites au moyen d'injections pratiquées dans de mauvaises conditions d'hygiène, de rapports sexuels non protégés et de la pratique du tatouage. Un grand nombre de personnes incarcérées viennent de populations marginalisées, comme les usagers de drogues par injection, qui sont déjà exposés à un risque élevé d'infection par le VIH. Dans la plupart des cas, les taux élevés d'infection à VIH dans les prisons sont dus au partage de matériel d'injection et aux rapports sexuels non protégés. Le partage des seringues est invariablement plus fréquent dans les prisons qu'en dehors de celles-ci.

Il est de plus en plus avéré que l'on peut réduire la transmission du VIH dans les prisons [23]. C'est ainsi que depuis le début des années 1990, plusieurs pays y ont mis en place des programmes de prévention qui portent généralement sur les aspects suivants : information, éducation et communication sur le VIH/SIDA ; conseil et dépistage volontaires ; distribution de préservatifs ; utilisation de divers désinfectants ; échange d'aiguilles et de seringues ; thérapie de substitution. Le traitement et les soins en rapport avec le VIH/SIDA, l'hépatite et la tuberculose, y compris l'accès à une thérapie antirétrovirale très active, sont les éléments supplémentaires d'un programme qui a le pouvoir non négligeable de réduire les comportements individuels dangereux qui sont liés à l'injection de drogues ainsi que d'autres comportements à risque.

Les services pénitentiaires ont d'excellentes raisons d'envisager la mise en place de thérapies de substitution. Ces raisons sont les suivantes notamment : les problèmes posés par la prise en charge des traitements et les difficultés rencontrées par les membres du personnel pendant la période de sevrage, notamment le trafic de drogues et les actes de violence commis contre eux et les autres prisonniers ; le problème croissant des suicides et des automutilations pendant la période de sevrage chez les personnes incarcérées qui consomment de la drogue et celles qui en sont dépendantes ; l'importance d'une répartition équitable des thérapies entre les prisons et les communautés ; le souci de fournir des services cliniques dont le niveau soit équivalent aux pratiques optimales convenues sur le plan international ; le risque de décès par surdose au cours des premiers jours suivant la sortie de prison, spécialement en ce qui concerne les personnes incarcérées pour une courte durée. Les programmes de traitement de substitution présentent plusieurs avantages appréciables, notamment la diminution de la consommation d'autres drogues, de la délinquance et de la mortalité, la réduction de la transmission

du VIH et de celle du virus de l'hépatite C et une amélioration notable de la santé des usagers de drogues. Ce traitement a fait ses preuves en matière d'efficacité et de rentabilité [24,25].

4. Efforts régionaux visant à lutter contre l'usage de substances psychoactives

En 1999, une consultation interpays a été organisée en vue d'élaborer des directives pour la réduction de la demande de substances psychoactives, en mettant l'accent en particulier sur l'usage de drogues par injection. Les experts ont recommandé qu'un équilibre soit établi entre la réduction de l'offre et la réduction de la demande, d'une part, et la prévention de l'abus de drogues, d'autre part. Ayant reconnu que le problème posé par les consommateurs de drogues injectables devient de plus en plus grave, le Bureau régional a créé en septembre 2002 le Groupe consultatif régional sur l'impact de la toxicomanie. Les objectifs de ce groupe sont les suivants : réaliser une étude approfondie des différentes données disponibles sur l'abus de substances psychoactives, en insistant en particulier sur l'usage de drogues par injection et ses conséquences pour la santé, notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA ; fournir un appui et des conseils pour la création d'un système unifié de collecte de données pour la Région ; et donner des conseils pour l'élaboration d'une stratégie régionale portant sur l'ensemble des aspects de l'abus de substances en rapport avec la santé, y compris les interventions visant à réduire la demande ainsi que les effets nocifs.

Ces deux dernières années, grâce aux conseils des membres du Groupe consultatif, le Bureau régional a pu progresser dans sa compréhension de la situation régionale concernant l'usage de substances psychoactives et la dépendance. À la suite de la première réunion de ce Groupe, une enquête sur la situation en matière d'usage de substances a été entreprise dans les États Membres.

Un certain nombre d'entre eux ont mis en place des approches novatrices de prévention, de traitement et de réadaptation des personnes dépendantes. Au Pakistan, le programme de santé mentale à l'école lancé dans les années quatre-vingt contenait le message antidrogues « fumer nuit à la santé ». Ces dernières années, un programme complet de prévention du VIH/SIDA et de soins aux usagers de drogues par injection a été mis en place dans la province de Kermanschah, en République islamique d'Iran, dans le cadre d'un dispensaire à triple orientation (traitement, réduction des effets nocifs et soins) [18]. Ce programme ayant été couronné de succès dès le début, il a été appliqué aussi dans des prisons et étendu à 21 autres provinces. Il a eu pour résultat une forte diminution de nouvelles infections à VIH. Ses éléments clés sont l'engagement politique, les activités coordonnées d'un certain nombre d'organisations et une équipe de soignants dévoués et qualifiés.

Dans le domaine de la prévention de l'abus des drogues chez les écoliers, l'Égypte mène actuellement une initiative de premier plan, le projet national de réduction de la demande de drogues chez les jeunes, qui fonctionne depuis avril 2001. La force de ce projet réside dans la participation active des jeunes dans les établissements scolaires et ailleurs. Ce projet, mis en œuvre dans 100 écoles préparatoires et secondaires et 30 centres et clubs pour les jeunes, comporte une campagne médiatique et prévoit le renforcement des capacités de 30 organisations non gouvernementales pour faire face au problème de la drogue. En 2005, le programme a été étendu à 150 autres écoles. Dans le cadre d'une autre initiative, un fonds national d'affectation spéciale apporte un soutien pour la prestation de services, notamment une ligne téléphonique d'urgence pour les consommateurs de drogues reliée aux différents centres de traitement et de réadaptation. Au Maroc, on met en œuvre des programmes actifs comportant des interventions de prévention en faveur des enfants des rues.

Un certain nombre de pays ont mis sur pied, dans le domaine de l'abus de drogues, des organismes ou projets nationaux tels que la Commission nationale des stupéfiants au Maroc, le Projet national de réduction de la demande de drogues en Égypte et le Comité national de réduction des effets nocifs en République islamique d'Iran. Quelques pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Koweït) ont récemment ouvert de nouveaux centres modernes spécialisés dans le traitement et la réadaptation.

5. Questions stratégiques

Plusieurs questions viennent à l'esprit lorsqu'on étudie le problème de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance. Qu'est-ce qui pousse les gens à chercher un soulagement dans des substances donnant lieu à des abus ? Comment de telles substances arrivent-elles à envahir à ce point la vie de ceux qui les consomment ? Pourquoi les jeunes sont-ils plus en danger ? Pourquoi les

rechutes sont-elles si fréquentes après des périodes d'abstinence ? Pour quelle raison les femmes consomment-elles moins souvent de telles substances que les hommes ? Quels sont les facteurs de risque environnementaux et sociaux ? Comment accroître la capacité de résistance des individus afin qu'ils ne soient pas tentés de chercher un soulagement dans des substances donnant lieu à des abus quand ils sont en période de crise ? Comment maintenir un équilibre entre les aspects éthiques de l'harmonisation des droits de la personne et les besoins de la société lorsqu'il s'agit de choisir entre différentes options pour lutter contre l'usage de substances psychoactives et la dépendance ?

L'un des aspects fondamentaux de la lutte contre cet usage et cette dépendance est qu'il est impératif d'axer les efforts sur les jeunes, et en particulier sur la réduction de la demande de la part de ceux-ci. Le travail effectué avec les jeunes progresse dans un certain nombre de pays, dont l'Égypte et la République islamique d'Iran. Les raisons pour lesquelles il est important de travailler avec des personnes de ce groupe d'âge sont nombreuses. Premièrement, en fournissant l'éducation et les compétences nécessaires pour faire face aux besoins de développement des jeunes, on peut réduire la demande de substances et, partant, la dépendance à l'égard de celles-ci. Deuxièmement, grâce à leur participation, les jeunes peuvent avoir une plus grande influence sur la société, car ils lui apportent des idées neuves et toute leur énergie. Troisièmement, les compétences partagées avec les jeunes pour lutter contre l'usage de substances sont utiles également pour lutter contre d'autres problèmes liés au comportement tels que le suicide, la violence et la prise de risques. Il est bien connu que les programmes scolaires, en particulier ceux qui sont axés sur l'enseignement des compétences essentielles, sont efficaces pour la prévention de l'usage de substances psychoactives et la promotion de la santé mentale. C'est pourquoi il importe au plus haut point d'inscrire l'enseignement des compétences essentielles dans les programmes scolaires.

La religion et la spiritualité jouent un rôle crucial dans tout ce qui touche à la santé [26]. Un récent rapport élaboré à Beyrouth sur la relation inverse existant entre la spiritualité et le tabagisme chez les étudiants qui entrent à l'université a des implications importantes [27]. La religion et la spiritualité occupent une place particulière dans le cœur et l'esprit des habitants de la Région. Il est donc essentiel de chercher les moyens d'utiliser au mieux les croyances et pratiques religieuses tant pour prévenir le problème de l'usage de substances que pour assurer le traitement et la réadaptation des personnes dépendantes.

Des systèmes de croyance transcendants, tels que la conviction religieuse, peuvent renforcer la personnalité et permettre ainsi aux gens d'échapper à la nécessité de s'évader passivement dans le monde artificiel et trompeur de substances intoxicantes comme l'alcool et la drogue. Cela est particulièrement vrai de l'islam qui s'oppose à l'utilisation de toute substance susceptible d'obscurcir la conscience. Les pratiques religieuses, notamment islamiques, et les situations qui regroupent les gens dans une même conviction renforcent la maîtrise de soi, la prise de conscience et la stabilité émotionnelles et une attitude générale de rejet de la drogue. En Palestine par exemple, les statistiques relatives à l'abus de drogues à différentes périodes indiquent une baisse de la consommation au plus fort de la résistance (*intifada*). Une récente étude portant sur les facteurs de protection contre l'abus de substances montre que deux d'entre eux ont une incidence évidente sur la diminution de la consommation mensuelle d'alcool, de marijuana et de cigarettes chez les adolescents : l'importance accordée à la place de la santé dans les systèmes de valeurs des personnes et la spiritualité [28].

Il est urgent de prendre conscience des conséquences sanitaires de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance qu'elles entraînent. Ces questions d'usage de substances et de dépendance ne sauraient être considérées seulement comme un problème d'ordre public. À elle seule, la réduction de l'offre n'a donné de résultat tangible dans aucun pays. Les efforts déployés sur le plan juridique doivent être poursuivis conjointement avec des interventions de caractère médical. Par ailleurs, des mesures sanitaires doivent être prises à de nombreux niveaux. Il faudrait traiter en priorité les besoins du groupe vulnérable des jeunes, en particulier pendant la période de l'adolescence. Il faudrait consacrer davantage d'efforts au dépistage précoce, au traitement et à la réadaptation. Des stratégies de réduction des effets nocifs devraient être mises en place afin de réduire l'impact de l'usage de substances sur l'individu et la communauté. Il faut également traiter les problèmes sociaux de plus grande ampleur que sont notamment la pauvreté, l'exclusion sociale, la marginalisation et les situations conflictuelles si l'on veut réduire la consommation de substances. Les programmes de lutte

contre l'usage de substances psychoactives doivent avoir un caractère plurisectoriel, les secteurs clés étant la santé, l'éducation, l'agriculture, l'emploi, la police et la protection sociale. D'autre part, il est urgent de suivre l'évolution de l'usage de substances psychoactives dans les différentes populations.

L'enquête effectuée récemment dans la Région a fait apparaître deux points importants. Le premier – qui est positif – est que la plupart des pays sont désormais très conscients du problème, comme en témoignent la création de services professionnels, le vote de lois et la mise en place de diverses interventions. Le second point est que les pays disposent de très peu de données factuelles sur la nature, l'ampleur et les conséquences de ce problème, les résultats des interventions et les coûts qu'il occasionne. Or ce type d'information est crucial pour une planification adéquate de l'action à mener.

6. Orientations stratégiques

Une stratégie régionale en matière d'usage de substances psychoactives et de dépendance a été élaborée par le Groupe consultatif régional sur l'impact de la toxicomanie durant ces trois dernières années. Pendant la période 2003-2004, la situation en matière d'usage de substances dans la Région a été passée en revue au moyen d'un questionnaire envoyé à tous les pays. En juin 2005, sur la base des résultats obtenus, le Groupe a achevé la mise au point d'un projet de stratégie régionale, dont les orientations sont les suivantes :

- élaborer des politiques nationales en matière d'usage de substances psychoactives et de dépendance ;
- créer des mécanismes de coordination efficaces en vue de la mise en œuvre de ces politiques ;
- créer des mécanismes en vue d'améliorer la compréhension et la connaissance de la situation relative à l'usage de substances psychoactives et à la dépendance dans chaque pays, ainsi que des facteurs sous-jacents, des effets nocifs et des interventions en cours ;
- développer une large gamme de ressources humaines ;
- améliorer l'accès à toute une série de services sanitaires et sociaux au sein de la communauté afin d'assurer un traitement, une réadaptation, une postcure et une atténuation des dommages, tout en favorisant l'intégration de ces services dans les soins de santé généraux ;
- promouvoir le bien-être psychosocial et la prévention de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance ;
- encourager l'action plurisectorielle et la création de réseaux.

L'OMS a un rôle important à jouer dans la mise en place de politiques, programmes et services de lutte contre l'usage de substances psychoactives et la dépendance dans les pays. Ce rôle porte sur les domaines suivants : sensibilisation et appui aux politiques ; contrôle et surveillance ; renforcement des capacités par la formation, l'élaboration de directives et la création de centres collaborateurs et de réseaux de spécialistes ; recherche, documentation et diffusion d'informations ; mise au point d'indicateurs pour la surveillance de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance dans les pays ; établissement de partenariats (institutions des Nations Unies, organisations non gouvernementales, organisations communautaires) et collecte de fonds ; enfin, élaboration d'un code d'éthique en la matière.

7. Conclusions

La dynamique de l'usage de substances psychoactives et de la dépendance à leur égard comporte des dimensions sociale, économique, environnementale, politique, culturelle et religieuse. En raison du problème de plus en plus grave posé à la fois par le nombre de personnes concernées et l'impact sur la santé des individus et des communautés, l'usage de substances psychoactives constitue une priorité de l'action de santé publique.

Les interventions doivent porter – au niveau de la promotion de la santé en général et de la santé mentale en particulier – sur la prévention dans les groupes à risque (les adolescents par exemple), le dépistage précoce, les soins et la réadaptation des personnes dépendantes aux substances. Elles ne

peuvent être limitées au système de santé ; les autres secteurs comme l'éducation, le système juridique et les médias sont tout aussi importants.

Dans les pays de la Région, il importe avant tout de rassembler des données sur l'évolution des modes d'utilisation des substances psychoactives, sur la dépendance que cette utilisation engendre et sur les conséquences pour la santé publique. Il faut en outre étudier les nombreuses attitudes, pratiques et positions sociales pour prendre en considération les caractéristiques fluctuantes de la consommation de substances et de la dépendance. Le problème doit être considéré dans une perspective plurisectorielle et les solutions doivent également venir d'un certain nombre de secteurs. Les interventions de santé représentent une partie importante de l'action menée pour prévenir cette consommation et cette dépendance et pour assurer des services de traitement et de réadaptation. Le grand nombre de consommateurs de drogues par injection et la hausse de la propagation du VIH/SIDA constituent une urgence supplémentaire à laquelle les pays de la Région doivent faire face. Un certain nombre d'initiatives peuvent être prises en vue de mener une action efficace.

8. Recommandations

États Membres

1. Élaborer des plans stratégiques nationaux de prévention, de traitement et d'atténuation des dommages liés à l'usage de substances psychoactives, ainsi qu'un mécanisme permettant de surveiller l'évolution de cet usage et les conséquences qui lui sont associées.
2. Assurer à la population touchée l'accès aux systèmes de santé et de soutien social, afin d'améliorer le dépistage précoce, le traitement et la réadaptation et de réduire davantage les effets nocifs, et promouvoir une bonne qualité de vie et les fonctions sociales.
3. Développer le potentiel approprié dans les ministères de la santé et appuyer la mise en place de « centres d'excellence » dans les domaines de la formation, de la recherche et de la prestation de services pour lutter contre l'usage de substances psychoactives et la dépendance à l'égard de cet usage.
4. Mettre en place des programmes de prévention primaire, tels que l'enseignement des compétences essentielles à l'école.

OMS

5. Améliorer la collaboration et la coordination avec d'autres organisations internationales afin d'harmoniser les messages concernant l'usage de substances psychoactives et ses dangers et d'éviter les chevauchements d'activités.
6. Soutenir activement les efforts déployés par les États Membres pour formuler et mettre en œuvre des programmes de lutte contre l'usage de substances psychoactives et la dépendance, et instaurer des mécanismes permettant aux pays d'échanger leurs expériences ou renforcer les mécanismes existants.
7. Poursuivre la mise en place d'indicateurs et de systèmes de surveillance et entreprendre l'élaboration d'un système d'information ainsi que des recherches ciblées afin de suivre l'évolution des tendances en matière d'utilisation de substances psychoactives.

Références

1. Baasher T. The use of drugs in the Islamic world. *British journal of addiction*, 1981, 26:233–43.
2. *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
3. *World drug report 2005*. New York, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, 2005.
4. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002: Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
5. *Rapport mondial sur les drogues 2004*. New York, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, 2004.
6. Room R et al. Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal values towards disability. Dans: Üstün TB et al. *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle, Washington (États-Unis d'Amérique), Hogrefe and Huber, 2001.
7. *Tobacco control country profiles for the Eastern Mediterranean Region*, Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2003.
8. Al-Badah A. *Controlling the tobacco epidemic in the Gulf Cooperation Council* (arabe). Koweït, Publications des États membres du CCG, 2001.
9. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *The Lancet*, 2005, 365:519–30.
10. *Global status report on alcohol*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999.
11. Mäkelä P et al. Temporal variation in deaths related to alcohol intoxication and drinking. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:765–771.
12. Pollack CE et al. Neighbourhood deprivation and alcohol consumption: does the availability of alcohol play a role? *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:772–780.
13. Nilssen O et al. Alcohol consumption and its relation to risk factors for cardiovascular disease in the north-west of Russia: the Arkhangelsk study. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34:781–788.
14. Odenwald M et al. *Khat* use as risk factor for psychotic disorders: a cross-sectional and case control study in Somalia. *BMC medicine*, 2005, 3:1–10.
15. Baasher T. The use of *khat*: a stimulant with regional distribution. Dans: Edwards G, Arif A. *Drug problems in the socio-cultural context: A basis for policies and programme planning*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1980.
16. Zamami S et al. Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Teheran, Islamic Republic of Iran. *AIDS*, 2005, 19 (7):709–16.
17. *Effectiveness of community based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
18. *Best practice in HIV/AIDS prevention and care for injecting drug users. The Triangular Clinic in Kermanshah, Islamic Republic of Iran*. Le Caire, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2004 (WHO-EM/STD/052/E).
19. *HIV risk-behaviours of problem drug users in Greater Cairo*. Le Caire, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, 2004.
20. ONUDC. *Drug use and HIV/AIDS in Libya: a multi-method study*. Exposé présenté à la troisième réunion du groupe consultatif régional de l'OMS sur l'impact de la toxicomanie, Le Caire, Égypte, 20–23 septembre 2004.
21. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

22. Kerr T et al. Opioid substitution and HIV/AIDS treatment and prevention. *The Lancet*, 2004, 364:1918–9.
23. *Policy brief: Reduction of HIV transmission in prisons*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HIV/2004.05).
24. *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (document d'information OMS/ONUDD/ONUSIDA).
25. *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
26. Chatters LM. Religion and health: Public health research and practice. *Annual review of public health*, 2000, 21:335–67.
27. Affifi R, Khawaja M, Salem MT. *Religious identity and smoking behaviour among adolescents: evidence from entering students at the American University of Beirut* (document non publié, 2004).
28. Ritt-Olson A et al. The protective influence of spirituality and “health-as-a-value” against monthly substance use among adolescents varying in risk. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 34:192-199.