



**Commission Ouest-Africaine sur les Drogues**

**[www.wacommissionondrugs.org](http://www.wacommissionondrugs.org)**

**Prévention et traitement  
de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest**

**Document de référence de la WACD n° 2<sup>1</sup>**

*Isidore S. Obot, PhD, MPH*



---

<sup>1</sup> Ce document fait partie d'une série de documents de référence préparés pour la Commission ouest-africaine sur l'impact du trafic de drogue sur la gouvernance, la sécurité et le développement en Afrique de l'Ouest (WACD). Le responsable de cette série est Camino Kavanagh, Senior Fellow, NYU Center on International Cooperation.

Ce document de référence a été préparé pour la Commission ouest-africaine sur l'impact du trafic de drogue sur la gouvernance, la sécurité et le développement en Afrique de l'Ouest (WACD). Elle a été présentée lors de la première réunion de la WACD qui s'est tenue le 31 janvier 2013 à Accra au Ghana.

Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles de la WACD.

---

Isidore Obot est professeur de psychologie à l'Université d'Uyo, à Uyo, au Nigéria. Il est également Directeur du CRISA – African Centre for Research and Information on Substance Abuse.

# Prévention et traitement de la dépendance à la drogue en Afrique de l'Ouest

## 1. Introduction

Le principal objectif de la présente note politique est d'évaluer l'état de la baisse de la demande en drogue (prévention de la consommation et traitement contre la dépendance) en Afrique de l'Ouest et d'analyser les réponses au problème de la demande en drogue dans la région. La discussion s'appuie sur un éventail diversifié d'informations mises à disposition par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), des études publiées dans des revues examinées par des pairs, ainsi que des rapports et d'autres documents provenant d'organisations non gouvernementales (ONG). Elle est axée sur les drogues illicites à travers le point de vue adopté dans le présent document, qui remet en question la valeur de la distinction souvent établie entre les drogues licites et illicites lorsqu'il s'agit d'aborder la dépendance aux substances psychoactives. Cette fausse dichotomie persistante ignore plusieurs aspects : i) la réalité selon laquelle les substances licites comme le tabac et l'alcool sont souvent les premières drogues auxquelles les jeunes sont exposés ; ii) une forte proportion de personnes addictes consomment à la fois des substances licites et illicites ; et iii) la dépendance aux drogues licites est associée à des problèmes de santé importants et à des nuisances sociales qui surpassent souvent les méfaits imputables aux substances illicites.

### *Remarque sur la terminologie*

L'expression « *usage/consommation de drogue* » utilisée dans ce document couvre toutes les formes d'auto-administration de drogues dans le but de « se défoncer », y compris l'usage de substances interdites et contrôlées. *Usage/consommation de drogue* est employé comme terme technique pour désigner un usage problématique de drogues, tel que défini dans la Classification internationale des maladies (10<sup>e</sup> édition), tandis que la *dépendance* (ou *addiction*) se caractérise par l'existence de symptômes comportementaux, cognitifs et physiologiques découlant d'un usage répété. *Trouble lié à l'usage de drogue* est un terme générique désignant l'usage abusif (ou nocif) et la dépendance. Lorsque l'on aborde les problèmes de drogue au sens large, c'est-à-dire en incluant les substances licites, le terme *substance* est préféré à celui de *drogue*.

## L'USAGE DE DROGUE EN AFRIQUE DE L'OUEST

Il existe aujourd'hui une grande inquiétude quant à la consommation et l'usage abusif de substances psychoactives en Afrique de l'Ouest, mais le problème n'est pas nouveau. Dès la fin des années 1950, il existait des preuves très nettes de culture et de consommation de cannabis dans certains pays. Des voix s'élevaient alors pour attirer l'attention sur l'impact perçu que la drogue avait sur la santé mentale des individus, en particulier les marginaux, les travailleurs peu qualifiés des zones urbaines et, plus tard, les étudiants et les jeunes actifs<sup>1-3</sup>. Étant donné que les premières études réalisées au Nigéria et dans d'autres pays de la région ont été menées parmi les patients des hôpitaux psychiatriques, l'attention s'est majoritairement portée sur les effets présumés du cannabis sur la santé mentale, alors que peu d'efforts ont été consacrés à l'épidémiologie du problème au sein de la population générale. On ignore dans quelle mesure les connaissances disponibles sur le cannabis et ses effets ont influé sur la législation dans les années 1960, mais il semble que tous les contrôles imaginables mis en place à l'époque ont été développés sur la base d'informations insuffisantes sur le rôle du cannabis dans les troubles psychiatriques. À l'heure actuelle, l'état des connaissances a évolué, mais pas énormément : des

progrès ont été accomplis dans certains pays, mais il reste de nombreuses découvertes à faire sur les caractéristiques pertinentes de l'usage de drogues illicites dans la région.

Selon les estimations de l'ONUDC, le nombre de consommateurs de drogue chez les adultes en Afrique se situe entre 22 et 72 millions, avec un taux de prévalence de l'ordre de 3,8 à 12,5 %<sup>4</sup>. Nous disposons d'une image incomplète de l'usage de drogue en Afrique de l'Ouest, mais il faut noter d'emblée que l'étude de la répartition et des déterminants de l'usage de drogues illicites est une tâche difficile dans le meilleur des cas, et d'autant plus encore dans les pays à faible revenu d'Afrique de l'Ouest. Cette difficulté est imputable à de nombreux facteurs structurels et de développement, ainsi qu'au fait plus important que le commerce ou l'usage de drogues illicites est passible de sanctions sévères qui, à différentes époques et dans différents pays, ont pu aller jusqu'à la peine de mort<sup>i</sup>.

L'une des sources de données agrégées disponibles sur l'usage de drogue en Afrique de l'Ouest est le Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDC, publié chaque année et qui s'appuie sur les données fournies par les pays à l'aide du questionnaire destiné aux rapports annuels. Malheureusement, cette source de données présente un champ d'application limité, car de nombreux pays d'Afrique omettent parfois de fournir leurs estimations annuelles. Par exemple, pour les données de 2010, seuls sept pays sur les 54 pays du continent ont complété et renvoyé le questionnaire<sup>4</sup>. Cependant, comme indiqué ci-après, il existe dans ces sources des données qui peuvent être utilisées pour décrire l'épidémiologie de l'usage de drogues illicites en Afrique de l'Ouest.

**Cannabis** : la prévalence la plus élevée au monde de l'usage du cannabis est constatée en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, et cette drogue reste la substance illicite la plus populaire de la planète. En 2010, près de 12,4 % des adultes d'Afrique de l'Ouest âgés de 15 à 64 ans ont consommé du cannabis, contre 4,2 % et 5,4 % en Afrique de l'Est et en Afrique australe respectivement. Si la moyenne de notre région est sans aucun doute beaucoup plus élevée que la moyenne mondiale (3,8 %) ou que la moyenne africaine générale (7,8 %), et ce de manière constante depuis de nombreuses années, il convient de noter que la prévalence indiquée de l'usage du cannabis peut être bien plus élevée au sein de sous-groupes à haut risque dans certains pays : par exemple, 65 % des enfants des rues en Sierra Leone ont indiqué qu'ils fumaient du cannabis<sup>4</sup>.

**Cocaïne et héroïne** : ces substances sont relativement nouvelles sur le marché des drogues illicites en Afrique de l'Ouest et sont restées inconnues dans certains pays de la région jusqu'au début des années 1980, avec les premières arrestations pour trafic au Nigéria<sup>5-6</sup>. De nombreuses études de l'usage de drogue à petite échelle portant sur l'héroïne et la cocaïne ont été menées dans plusieurs pays de la région, dont certaines avec le soutien financier de l'ONUDC. Ces évaluations rapides mettent en lumière le fait que la prévalence de l'usage de cocaïne et d'héroïne en Afrique de l'Ouest correspond à peu près à la moyenne africaine estimée à 0,4 % et qu'elle est inférieure à la moyenne mondiale qui est de 0,7 %<sup>4</sup>. Bien que cette estimation soit relativement faible, il s'agit en réalité d'une augmentation considérable de la prévalence annuelle par rapport au chiffre de 0,2 % recensé en 2006. Une raison suffisante pour penser que cette augmentation s'est poursuivie de façon soutenue ces dernières années.

**Stimulants de type amphétamine (STA)** : il est bien connu que les STA (en particulier la méthamphétamine) sont devenus une drogue populaire chez les trafiquants d'Afrique de l'Ouest et l'existence d'une production locale a été signalée dans au moins deux pays<sup>7</sup>. Si l'usage abusif des STA est un problème observé depuis de nombreuses années en Afrique du Sud, les effets de ces drogues commencent tout juste à se faire sentir en Afrique de l'Ouest. Malheureusement, il n'existe guère de données fiables sur l'usage des STA dans la région, bien que la prévalence annuelle estimée se situe en Afrique quasiment au niveau de la moyenne mondiale, qui est de 0,8 %. Avec une augmentation du trafic de STA dans la région et ce qui semble être une capacité de production locale émergente,

on ne peut que prévoir une hausse de la consommation pour l'avenir, avec de terribles conséquences.

**Consommation de drogues injectables (CDI) :** l'auto-administration de drogues illicites pour « se défoncer » est un phénomène ancien. Dans les années 1980, la CDI a fait prendre conscience de l'urgence à contrôler les drogues dans les pays occidentaux, en raison de son association avec la transmission de virus à l'origine de maladies infectieuses (sida, hépatites B et C). Le nombre de personnes qui consomment des drogues injectables (en général de l'héroïne, mais aussi de la cocaïne et d'autres stimulants) est estimé à 16 millions au niveau mondial, dont 3 millions sont infectées par le VIH. En Afrique, où les relations hétérosexuelles sont le principal mode de transmission du VIH, près de 221 000 consommateurs de drogues injectables vivent avec le virus ; la gravité de la situation augmente rapidement dans les villes côtières d'Afrique de l'Est telles que Mombassa et Dar es Salaam, où les taux de prévalence sont supérieurs à 40 %, et vont jusqu'à 90 % à l'île Maurice. En Afrique de l'Ouest, des études sur la CDI ont été menées dans plusieurs pays et montrent que le nombre de personnes qui consomment des drogues injectables varie de quelques centaines à quelques milliers<sup>8</sup>. La CDI a fait son apparition dès 1998 dans cinq pays de la région, à savoir le Nigéria, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Ghana et le Sénégal.

Trois séries d'évaluations à court terme financées par l'ONUSD au Nigéria ont montré que sur les 1 147 consommateurs de drogues injectables qui se piquaient dans la rue interrogés dans le cadre de l'étude, 90 (soit 8 %) étaient des consommateurs actuels et 145 (13 %) s'étaient piqués au moins une fois par le passé<sup>9</sup>. Les drogues les plus souvent consommées étaient l'héroïne, la cocaïne, la pentazocine et le speedball (mélange d'héroïne et de cocaïne). Deux groupes au sein de la population (les femmes qui consomment de la drogue et les détenus) semblent particulièrement exposés à un risque élevé d'infection par le VIH s'ils consomment des drogues injectables, d'où la nécessité de s'intéresser tout spécialement à ces groupes souvent négligés.

**Prévalence des troubles liés à l'usage de drogue :** une autre source de données sur l'usage de drogue en Afrique de l'Ouest est une étude menée par l'Organisation mondiale de la santé, axée sur les ressources en matière de prévention et de traitement. Cette étude portait sur des estimations de la prévalence des troubles liés à l'usage de drogue (usage abusif et dépendance) chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus. Presque tous les pays ont fourni des estimations inférieures à 0,5 % (pourcentage inférieur chez les femmes par rapport aux hommes) et seuls le Ghana et le Nigéria ont signalé une prévalence d'environ 2,5 % chez les hommes. Selon des témoignages de nature anecdotique (articles de presse et bouche-à-oreille), un nombre croissant de familles de la région vivent l'expérience traumatisante de voir un de leurs membres développer une addiction à une substance licite ou illicite<sup>10</sup>.

#### *Quelles sont les caractéristiques du schéma de consommation ?*

Sur la base de ce qui précède, le schéma de consommation de drogues illicites dans les pays d'Afrique de l'Ouest se caractérise à l'heure actuelle par une forte prévalence de l'usage de cannabis et des taux faibles mais en hausse de consommation de cocaïne, d'héroïne et de STA. Il est important de souligner que le contexte de la consommation de drogues illicites dans n'importe quel pays ou région est de nature dynamique, influencé par les évolutions des mœurs au sein de la jeunesse. Par conséquent, la situation exige un suivi et une surveillance réguliers pour identifier les nouvelles substances (ou les nouvelles façons à haut risque de consommer d'anciennes substances) et apporter une réponse opportune afin de prévenir une escalade rapide de la consommation et limiter les problèmes associés à un usage abusif. S'il est difficile de prévoir quel sera le schéma de consommation de drogue dans un futur proche, nous avons tout de même défini quelques indicateurs utiles qui pourraient contribuer à élaborer et mettre en œuvre des politiques de

réduction de la demande, un aspect qui devrait mobiliser à ce stade toute l'attention des décideurs de la région.

- La consommation de stimulants de type amphétamine, une catégorie de drogues ayant un impact extrêmement négatif sur les usagers et la société, va augmenter. Cette hausse devrait relever d'un cas classique de demande stimulée par l'offre, en raison de la disponibilité accrue grâce au trafic et à la fabrication locale de ces drogues.
- Le trafic de cocaïne et d'héroïne à travers l'Afrique de l'Ouest va se poursuivre, avec pour conséquence une exposition plus importante et une consommation accrue de ces drogues (CDI y compris) dans la région.
- Les médicaments disponibles sur ordonnance tels que les analgésiques opioïdes (comme dans le cas du Benylin contenant de la codéine) et les benzodiazépines (Valium par exemple) vont devenir plus populaires qu'ils ne le sont actuellement<sup>4</sup>.
- La prévalence de l'usage abusif de cannabis va rester élevée et, avec une population croissante de jeunes urbains, entraîner une tendance à la hausse des demandes de traitement.
- Sans politiques appropriées ni investissements effectifs dans des services adéquats, l'impact négatif des drogues observé aujourd'hui dans différentes familles et communautés va s'accroître.

## IMPACT DE L'USAGE ABUSIF DE DROGUE

L'usage de drogue s'accompagne d'une myriade de problèmes sanitaires, sociaux, d'emploi, de sécurité et familiaux, avec des impacts nets et souvent quantifiables sur les personnes concernées, leur entourage et la société dans son ensemble. Tandis que les chercheurs continuent de mettre au point de meilleures estimations sur l'usage abusif de drogue, des actions sont également en cours pour déterminer de façon plus détaillée le poids de cette consommation sur la santé et les autres problèmes associés à la drogue. Des évaluations du coût économique de l'usage abusif de drogue ont également été réalisées dans quelques pays (Canada, États-Unis, Australie, Royaume-Uni) et démontrent toutes que les pertes économiques découlant de la délinquance, des actes de violence, des coûts de traitement, des accidents etc. liés à la drogue représentent un pourcentage substantiel du PNB<sup>11-12</sup>.

Selon de récentes analyses de l'impact des drogues sur la santé, le cannabis demeure la principale drogue consommée de manière abusive par les personnes qui sollicitent un traitement pour des problèmes de drogue<sup>13-14</sup>. Au Ghana, au Niger, au Sénégal et au Togo (et probablement dans tous les pays de la région qui n'ont pas fourni de données), le cannabis est mentionné dans au moins deux tiers des cas, tandis que pour l'Afrique dans son ensemble, le cannabis est impliqué dans près de 64 % des demandes de traitement. Au Burkina Faso, la cocaïne et les STA sont mentionnés dans 20 % des cas. Comme indiqué plus haut, certaines formes d'usage abusif de drogue (en particulier la CDI) ont un lien direct avec l'infection par le VIH et les hépatites B et C. En termes de décès liés à la drogue, le projet d'évaluation comparative des risques de l'Étude sur la charge mondiale de morbidité<sup>11</sup> montre que le nombre de décès imputables aux drogues illicites est d'environ 200 000 dans le monde et de 41 000 en Afrique<sup>4</sup>.

## PRÉVENIR LA CONSOMMATION DE DROGUE

Tous les pays d'Afrique de l'Ouest et au-delà ont publié des rapports sur la mise en place de différents types de programmes de prévention<sup>14</sup>. Le défi qui s'impose aux décideurs politiques et aux

professionnels consiste à élaborer et à mettre en œuvre des politiques de réduction de la demande en drogue fondées sur des preuves d'efficacité et non sur ce que l'on croit être bon. Si le mode d'intervention choisi doit être adapté aux besoins locaux, il doit tout de même rester fidèle aux éléments effectifs<sup>15</sup>.

La prévention revêt différentes formes, allant des programmes scolaires aux interventions à base communautaire, en passant par les médias de masse et les approches de marketing social. Les programmes de prévention ciblent généralement les adolescents en mettant en avant les dangers de la drogue, en fournissant des informations précises, en améliorant l'estime de soi et en inculquant les moyens de résister à la pression des pairs<sup>16</sup>. D'autres méthodes reposent sur des stratégies à base élargie, non ciblées sur la drogue et axées sur le développement général de l'enfant ; ces stratégies semblent avoir une incidence sur les comportements anti-sociaux, l'usage de drogue, la santé globale et les performances scolaires.

Ces dernières années, les approches de prévention orientées sur des interventions durant les phases de développement et de transition ont suscité de plus en plus d'intérêt, avec une attention focalisée sur les facteurs de risque qui peuvent avoir un impact lors de chacune de ces phases. L'argumentation qui sous-tend cette approche se fonde sur le fait que les risques n'apparaissent pas brusquement au moment de l'adolescence, mais existent déjà avant même la conception. Par exemple, les actions visant à réduire le risque de grossesse non désirée ou problématique ou à améliorer la qualité du lien affectif entre la mère et l'enfant peuvent avoir un effet sur l'usage de drogue à l'adolescence.

#### *Que savons-nous de l'efficacité des différentes stratégies de prévention ?*

Un examen systématique à grande échelle<sup>17</sup> et d'autres mesures complètes visant à faire la synthèse des connaissances actuelles concernant la prévention de l'usage de drogue<sup>15-16</sup> ont conduit aux conclusions suivantes basées sur des éléments probants :

Les stratégies utilisant les médias de masse ne sont généralement pas efficaces, sauf si elles s'accompagnent d'une participation des communautés.

Les programmes de prévention en milieu scolaire qui inculquent les aptitudes sociales et la capacité d'adaptation ont un effet légèrement positif dans le sens où ils permettent de retarder l'initiation par rapport à la délivrance d'informations sur les drogues et leurs effets.

Les actions qui visent à modifier l'environnement scolaire et la gestion des classes sont plus efficaces que celles qui tentent de changer le comportement individuel, car les facteurs qui annoncent l'usage abusif de drogue annoncent également l'échec scolaire.

La réduction des sanctions civiles pour certaines drogues (comme dans le cas du cannabis dans certains pays occidentaux) ne semble pas faire augmenter l'usage de drogue ; elle permet plutôt de diminuer le coût de l'incarcération.

Compte tenu des connaissances actuelles en matière de prévention, comme le font remarquer Babor et al.<sup>16</sup>, il semble que « [l]es interventions qui présentent l'impact le plus étendu ont en commun deux caractéristiques : elles sont axées sur une action précoce sur l'environnement social proche, que ce soit la classe ou la famille, et elles abordent d'autres questions que la drogue en se concentrant sur le développement social et comportemental »<sup>16</sup>. Malheureusement, de nombreux programmes de prévention seront encore voués à l'échec si l'approche préventive consistant à

« simplement dire non » reste dominante et si les investissements nécessaires pour soutenir les efforts requis manquent à l'appel.

## TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE

L'écart entre la dépendance à la drogue et la disponibilité des services de traitement est important et ne cesse de s'élargir avec la hausse du taux de troubles liés à l'usage de drogue dans les différents pays. Dans une étude mondiale récente des ressources affectées au traitement, les données font état d'un manque généralisé de ressources (équipements, personnel, etc.) pour traiter les personnes souffrant d'addiction dans le monde, et d'autant plus encore dans les pays africains<sup>14</sup> et en particulier en Afrique de l'Ouest.

Le traitement contre la dépendance à la drogue revêt différentes formes : services spécialisés (dédiés), prise en charge psychiatrique, système médical général, justice pénale / système pénitentiaire, système de sécurité sociale et bénévolat<sup>16</sup>. Outre ces services conventionnels, le traitement peut aussi avoir lieu auprès d'organisations traditionnelles et religieuses<sup>18</sup>. Ces dernières représentent une forte proportion des personnes qui demandent un traitement contre la dépendance à la drogue et les maladies mentales dans la plupart des pays africains.

**Disponibilité des traitements** Dans une grande étude portant sur les établissements de traitement au Nigéria, Adelekan et Morakinyo (2000) ont défini les types de traitement en vigueur dans le pays de la manière suivante : médecine conventionnelle occidentale pure (en hôpital psychiatrique) ; approches syncrétiques ; méthodes curatives exclusivement religieuses (chrétiennes et musulmanes) et traditionnelles ; et groupes d'entraide tels que les Narcotiques Anonymes s'appuyant sur le modèle Minnesota en 12 étapes.<sup>ii</sup> Cette classification demeure valide aujourd'hui et elle est la plus à même de refléter les différentes méthodes de traitement des problèmes de drogue qui ont été instaurées dans d'autres pays de la région.

La proportion de personnes dépendantes demandant un traitement et qui ont le choix entre les différentes modalités n'est pas connue, mais nous savons que peu d'entre elles reçoivent effectivement le traitement dont elles ont besoin. En outre, dans la plupart des cas, le traitement qu'elles reçoivent n'est pas approprié, notamment en raison de la rareté des unités spécialisées qui emploient des méthodes professionnelles modernes de traitement et sont gérées par un personnel qualifié et bien formé. Résultat, un faible taux de guérison pour une maladie chronique et récurrente qui, de par sa nature, peut nécessiter plusieurs prises en charge avec des soins professionnels adaptés et une réhabilitation à long terme. En Afrique de l'Ouest, la seule mesure mise à la disposition de la plupart des personnes souffrant d'addiction est la désintoxication médicale, qui ne représente que le stade initial du traitement. Même dans ce cas, dans tous les pays examinés, la couverture indiquée est largement inappropriée. À titre d'exemple, le **Tableau 1** ci-dessous contient différentes données en matière de traitement fournies par quatorze pays ouest-africains<sup>14</sup>. Neuf de ces quatorze pays n'ont pas de budget dédié aux services de traitement ; deux d'entre eux (X et X) disposent de lignes budgétaires pour la santé mentale, qui inclut la dépendance à certaines substances. Seuls deux pays (le Bénin et la Sierra Leone) ont signalé l'existence d'une certaine forme de collecte de données nationales portant sur les problèmes de drogue. Il s'agit d'un domaine dans lequel la CEDEAO, l'ONUDC et l'OMS ont fait part de leur intérêt à travailler ensemble pour mettre sur pied un observatoire régional.



---

i À l'heure actuelle, seul un petit nombre de pays d'Afrique (Égypte, Somalie, Zimbabwe) applique encore la peine de mort pour les délits en relation avec la drogue. Le Nigéria a aboli la peine de mort pour le trafic de drogue en 1986 et la Gambie en 2011.

ii La philosophie à l'origine du modèle Minnesota en 12 étapes a été développée par des personnes qui se sont sorties de l'alcoolisme. Elle s'appuie sur la théorie selon laquelle l'addiction est un problème émotionnel, physique et spirituel et l'objectif du traitement doit être l'abstinence tout au long de la vie, qui peut être obtenue en devenant membre d'un groupe d'entraide et grâce à l'éveil spirituel.

**Tableau 1.** Données sur la disponibilité des services de traitement des problèmes de drogue dans 14 pays d’Afrique de l’Ouest

Pays	Existence de politiques de lutte contre l’usage abusif de substances	Unité gouvernementale pour les troubles liés à l’usage abusif de substances	Ligne budgétaire	Mode de financement	Environnement de traitement habituel	Désintoxication médicale pour les troubles liés à l’usage de drogue	TS disponible	Traitement spécifique disponible	3 professionnels de santé les plus importants	Collecte de données au niveau national
Bénin	Drogues	O	O, drogues	Fiscalité	Médecine générale	O	N	N	Psych., MG, infirmières	O
Burkina Faso	N	O, alcool	N	Paiement par le patient	Médecine générale	N	O	N	–	N
Tchad	N	O	N	Paiement par le patient	Service de santé mentale	O	N	N	Psych., infirmières, MG	N
Cap-Vert	N	SM	N	Assurance	Service de santé mentale	O	N	N	MG, psych., psy	N
Côte d’Ivoire	O/SM	SM	N	Paiement par le patient	Service de santé mentale	N	N	N	Psych., MG, infirmières	N
Gambie	N	O	N	Fiscalité	Médecine générale	O	N	N	Infirmières, PSP	N
Ghana	N	SM	N	Assurance	Service de santé mentale	O	N	N	Psych., conseillers, MG	N
Guinée	O/SM	N	N	Paiement par le patient	Service de santé mentale	O	N	N	Psych., MG, psy	N
Mali	N	SM	N	–	Service de santé mentale	O	N	N	Psych., psy, infirmières	N

<b>Niger</b>	N	SM	N	Subvention extérieure	Service de santé mentale	O	N	N	Addictologues, psych., infirmières	<b>N</b>
<b>Nigéria</b>	N	O	O/SM	Fiscalité	SM	O	N	O	–	<b>N</b>
<b>Sénégal</b>	N	SM	N	–	SM	–	–	N	–	<b>N</b>
<b>Sierra Leone</b>	O	SM	O	ONG	SM	N	N	N	Psych., infirmières, PSP	<b>O</b>
<b>Togo</b>	N	O	O/SM	Paiement par le patient	SM	O	N	N	MG, PSP, psych.	<b>N</b>

*Remarques :*

O = Oui, disponible    N = Non, pas disponible

SM = santé mentale    Psy = psychologues    Psych. = psychiatres    PSP = professionnels de santé primaires    MG = médecins généralistes

TS = traitement de substitution

Source : OMS, 2010<sup>14</sup>

## Réduction des risques

La réduction des risques comprend plusieurs mesures et programmes visant à réduire les conséquences négatives de l'usage abusif de substances. Sur le plan de la santé publique et des droits de l'homme, la réduction des risques a pour but de rendre l'usage de drogue moins dangereux pour le consommateur et pour les autres personnes. Parmi les programmes de réduction des risques les plus connus figurent les programmes d'échange des aiguilles et seringues, les salles d'injection supervisées, les services mobiles pour les consommateurs de drogues injectables, le traitement de substitution, la prévention des overdoses et les programmes ciblant les groupes à haut risque (par exemple les détenus). Sans surprise, la réduction des risques est une pratique rarement observée en Afrique de l'Ouest : seul un pays de l'étude visée plus haut met en place des services mobiles pour les consommateurs de drogues injectables. La réduction des risques devra être plus acceptable et davantage pratiquée dans la région, en réponse à l'augmentation de la CDI et dans le cadre des stratégies de prévention du VIH. Pour ce faire, il faudra appeler à un changement d'attitude de la part des décideurs politiques et du grand public vis-à-vis de pratiques considérées comme des encouragements à la poursuite de l'usage de drogue. En effet, le premier Plan d'action pour le contrôle des drogues (2007-2012) de l'Union africaine reconnaît le rôle de la réduction des risques dans le traitement des problèmes de drogue en demandant aux États membres de « dispenser une formation en matière de réduction des risques, de traitement de l'usage abusif de drogue et de réhabilitation et fournir des services aux personnes dépendantes à la drogue, y compris les enfants des rues et les enfants soldats »<sup>iii</sup>. Dans une déclaration d'engagement sur le VIH/sida publiée six ans auparavant, l'Assemblée générale des Nations Unies appelait à assurer « un accès élargi à des articles indispensables, tels que les préservatifs masculins et féminins et les seringues stériles ; (...) des programmes de réduction des effets préjudiciables de la toxicomanie ; (...) un accès élargi aux services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels (...) »<sup>19</sup>.

## Est-ce que les traitements fonctionnent ?

Cette question, « est-ce que les traitements fonctionnent ? », continue d'être posée par des personnes qui cherchent véritablement des réponses et par ceux qui, en raison de leur expérience personnelle, ont de sérieux doutes sur l'efficacité à long terme des traitements, quelle qu'en soit la forme. Il existe aujourd'hui un consensus quant à l'efficacité du traitement et sur le fait que du point de vue coût/bénéfice, le retour sur investissement est très élevé<sup>20-21</sup>. Les preuves démontrent largement que les bénéfices des traitements en termes de coût sont considérablement supérieurs aux dépenses engagées pour fournir des services de traitement abordables et accessibles. Ces bénéfices découlent de la baisse des taux de criminalité et de chômage, la diminution des problèmes sur le lieu de travail (notamment l'absentéisme), la baisse des niveaux de consommation de drogue et des économies réalisées en termes de dépenses de santé. Les traitements contre les troubles liés à l'usage de drogue semblent au moins aussi efficaces que les traitements contre d'autres maladies chroniques récurrentes comme le diabète, l'hypertension et l'asthme<sup>22</sup>.

Dans une tentative à grande échelle d'évaluation de l'efficacité des différentes stratégies de traitement des problèmes de drogue, les chercheurs ont trouvé des éléments probants montrant que plusieurs méthodes, en particulier les traitements de substitution des opiacés, la thérapie psychosociale, les associations d'entraide et les mesures de défense, s'accompagnaient toutes d'une baisse de l'usage de drogue et de la criminalité, ainsi que d'une amélioration de la santé et du bien-être<sup>16</sup> (voir Annexe 2). De ce fait, le débat actuel ne devrait pas tant se focaliser sur l'efficacité ou non des traitements, ni sur la question de savoir quelles modalités sont les plus efficaces (et rentables) ; il s'agit plutôt de se concentrer sur les moyens de rendre les services de traitement

accessibles aux personnes qui en ont besoin, pour une pathologie sur laquelle ils n'ont plus aucun contrôle.

Ce qui semble contribuer le plus à la réussite des interventions, c'est la durée pendant laquelle un patient reste sous traitement. Un autre facteur réside dans le caractère complet du traitement, avec des programmes qui ciblent plusieurs aspects de la vie du patient (emploi, aptitudes sociales, santé, famille) et sont plus à même de donner de bons résultats que d'autres. Les qualités du système de traitement appliqué dans un pays sont aussi des facteurs importants : les systèmes efficaces se caractérisent par l'équité (le traitement doit être disponible et accessible pour tous), l'efficacité (il doit y avoir une diversité de services comme indiqué plus haut) et l'économie (les traitements doivent être rentables)<sup>23</sup>. En d'autres termes, une approche de santé publique vis-à-vis des problèmes de drogue qui soit guidée par le respect des droits de l'homme semble fournir le cadre le plus efficace pour traiter les troubles liés à l'usage abusif de substances.

### *Pourquoi s'en préoccuper ?*

En lien avec la question de l'efficacité (est-ce que le traitement fonctionne ou pas), il y a la question de savoir pourquoi une société (un pays) devrait se préoccuper de l'addiction aux substances psychoactives. Pourquoi s'intéresser à une pathologie qui n'est pas transmissible et qui, dans la plupart des cas, est provoquée volontairement par un individu ? Pourquoi ne pas se concentrer simplement sur les moyens de maintenir les drogues « hors de nos frontières » (même si nous avons manifestement échoué avec cette stratégie) ? Pour donner une réponse rapide à ces questions, du point de vue des coûts uniquement, le traitement apporte des bénéfices sociaux plus importants que l'absence de traitement, et des analyses comparatives ont montré que la répression comme moteur du contrôle des drogues était plus coûteuse pour la société que la fourniture de services aux consommateurs de drogue<sup>24</sup>. Qu'ils nécessitent une substitution par la méthadone ou des thérapies psychosociales (par exemple la thérapie cognitivo-comportementale pour l'addiction à la cocaïne) ou une combinaison de méthodes, le traitement et le passage généralisé de la répression à des services de réhabilitation non punitifs pour les usagers dépendants vont permettre de limiter les nombreuses « externalités » associées à l'usage de drogue : violence, criminalité, maladie et mort<sup>16</sup>. Jusqu'ici, la réponse dominante s'est concentrée sur les soins psychiatriques à des patients hospitalisés, mais il existe suffisamment de preuves montrant que les soins sans hospitalisation, les centres de jour et les services au sein de systèmes de soins primaires où les patients sont en contact avec des professionnels de santé peuvent aussi se révéler être des réponses efficaces. À cet égard, il est possible de tirer les leçons des expériences de pays comme la Chine, l'Iran, la Tanzanie et le Kenya où le rejet initial des traitements basés sur des données probantes comme la substitution par la méthadone a entraîné des retards coûteux et une aggravation de la prévalence du VIH dans ces pays<sup>25-26</sup>.

## **2. Répondre aux problèmes de drogue en Afrique de l'Ouest**

Quelle réponse est apportée aux problèmes de drogue en Afrique de l'Ouest ? Sur toutes les mesures de développement dans le domaine de la prévention et du traitement pour l'usage abusif de substances, l'Afrique de l'Ouest est longtemps restée à la traîne. L'orientation de la politique en matière de drogue s'est principalement centrée sur la répression, avec dans certains cas de sévères mesures punitives. En outre, les organes de contrôle des drogues relèvent généralement de la responsabilité des ministères de la Justice et leur performance se mesure alors en nombre d'arrestations. Lorsqu'elles existent, les politiques ne sont pas souvent guidées par des preuves d'efficacité, un problème qui ne se limite pas aux pays d'Afrique de l'Ouest, où les politiques sont fréquemment motivées par des considérations extérieures et non par l'intérêt général<sup>16</sup>. Parmi les autres difficultés pour apporter des réponses efficaces dans la région, citons une base empirique

très faible pour les politiques existantes, une capacité sous-développée en matière de recherche et de traitement, plus de moyens affectés à la réduction de l'offre plutôt qu'à la réduction de la demande, et des croyances et pratiques culturelles qui contribuent à faire persister une perception de la personne « addictée » comme un individu criminel, un paria ou une personne en situation d'échec moral.

Comme indiqué plus haut, le Tableau 1 présente en détail la situation actuelle de la réponse aux problèmes de drogue dans la quasi-totalité des pays de la région. L'un des défauts criants mis en avant dans les réponses données par les pays réside dans l'absence de politique en matière d'usage abusif de substances. Plus de la moitié des pays n'ont aucune politique dans ce domaine, et lorsqu'une politique est définie, il s'agit d'un « *document écrit contenant les objectifs de prévention et les mesures de traitement en relation avec l'usage, l'usage abusif et la dépendance pour l'alcool, les médicaments sur ordonnance et sans ordonnance, ainsi que les drogues (y compris illicites)* ». Quatre pays (Côte d'Ivoire, Guinée, Nigéria et Togo) ont indiqué que l'usage abusif de substances entrait dans le cadre de la politique gouvernementale sur la santé mentale. Un seul pays (Sierra Leone) a indiqué avoir une politique sur l'usage abusif de substances conforme à la définition. Concernant l'existence d'une politique écrite, un petit nombre de pays (Niger, Nigéria, Sierra Leone, Togo) a notifié la présence de dispositions législatives spéciales pour le traitement et la réhabilitation et/ou le traitement obligatoire des personnes souffrant de troubles liés à l'usage abusif de substances. Deux pays (Cap-Vert et Gambie) ont mis en place des tribunaux pour les affaires de drogue, une innovation qui pourrait être employée pour orienter les personnes dépendantes à la drogue vers un traitement au lieu d'une mise en détention. Le tableau présente également des données sur le financement des traitements, la disponibilité des services et le cadre habituel des services de traitement.

Bien que le tableau démontre que la situation actuelle présente de nombreux défauts, certaines évolutions récentes pourraient induire des changements d'orientation d'une « guerre contre les drogues » vers la création d'un espace réservé aux drogues dans le programme de santé publique et de sécurité sociale. Voici quelques exemples de développements notables :

- La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Union africaine ont mis au point des plans d'action destinés à répondre à une partie des besoins en prévention et en traitement de la région, notamment la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables<sup>27-29</sup>.
- Dans le cadre de son action pour l'amélioration de la disponibilité des données, qui s'inscrit dans son plan d'action 2008-2011, la CEDEAO prévoit un projet sur des indices concernant la demande de traitement<sup>iv</sup>.
- Un projet d'observatoire ONUDC/OMS au Sénégal est actuellement en discussion.
- L'Union européenne, le gouvernement nigérian et l'ONUDC ont finalisé un plan de travail dans divers domaines du contrôle des drogues, y compris le traitement et la prévention, etc.

### 3. Conclusion et recommandations

En résumé, s'il existe un manque flagrant de services basés sur des éléments probants pour la réduction de la demande en drogue en Afrique de l'Ouest, on observe des signes positifs d'un intérêt croissant pour empêcher une montée brutale de l'usage de drogues illicites et de la dépendance. Le moment est propice pour agir afin de maintenir voire de réduire la consommation actuelle relativement faible, de même que les niveaux de criminalité et de violence assez bas dans la région, notamment parce que la base de connaissances pour de telles actions existe bel et bien et que la région est encore assez éloignée de ce que l'on pourrait décrire comme une épidémie. Afin d'éviter

une telle issue indésirable, les pays d’Afrique de l’Ouest devront toutefois s’engager dans les actions suivantes :

1. Développer et mettre en place des politiques à grande échelle qui tiennent compte de la relation entre certaines formes d’usage de drogue, le VIH/sida et d’autres infections transmissibles par le sang.
2. Investir davantage de moyens financiers dans la mise en place de services de prévention et de traitement efficaces pour les usagers de drogues problématiques.
3. Reconnaître que le traitement de la dépendance à la drogue est une intervention à multiples facettes et que l’addiction est une question de santé publique qui doit être gérée par des professionnels qualifiés.
4. Encourager une plus forte participation de la société civile dans la fourniture des services de prévention et de traitement en proposant des subventions et d’autres formes d’aide.
5. Mettre en œuvre une collecte des données permanente, ainsi qu’un système de suivi et de surveillance qui permettront d’identifier les tendances dans l’usage de drogues et les problèmes liés aux drogues et d’éclairer l’élaboration des politiques.

Enfin, les décideurs politiques de la région doivent admettre le rôle de l’alcool, du tabac et des autres substances psychoactives comme des tremplins potentiels vers l’usage de drogues illicites, ainsi que les coûts sanitaires et sociaux qui s’y rapportent. Pour bien comprendre cette réalité et les autres questions connexes, il est fortement recommandé d’ancrer la politique de lutte contre l’usage abusif de substances dans une large perspective de santé publique<sup>30</sup>, enracinée dans les réalités sociales et culturelles de chaque pays.

---

iii UA (2007, p. 9). Si l’objectif général du prochain projet de plan d’action (2013-2017) est plus progressif, il ne mentionne pas directement la réduction des risques.

iv La réussite du projet dépendra toutefois de son financement adéquat et du fait qu’il s’appuie ou non sur des données de bases correctes.

## RÉFÉRENCES

1. Boroffka, A. (1960). « Mental illness and Indian hemp in Lagos », *East African Medical Journal*, 43, 377.
2. Asuni, T. (1964). « Socio-psychiatric problems of Cannabis in Nigeria », *Bulletin on Narcotics*, 16, 27.
3. Lambo, T. A. (1965). « Medical and social problems of drug addiction in West Africa », *West African Medical Journal*, 14, 236-254.
4. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2012a). *Rapport mondial sur les drogues 2012*, Vienne, ONUDC.

5. Obot, I.S. (1990). « Substance abuse, health and social welfare in Africa: an analysis of the Nigerian experience », *Social Science & Medicine*, 31(6), 699-704.
6. Obot, I. S. (1992). « Ethical and legal issues in the control of drug abuse and drug trafficking: the Nigerian case. », *Social Science & Medicine*, 35(4), 481-493.
7. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2012b). *West Africa – 2012 ATS Situation Report*. Vienne, ONUDC.
8. International Harm Reduction Association (IHRA, 20120). *The global status of harm reduction: sub-Saharan Africa 2010*, [www.ihra.net](http://www.ihra.net), consulté le 12 janvier 2012.
9. Adelekan, M., & Lawal, R. (2006). « Drug use and HIV infection in Nigeria: a review of recent findings », *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 5(2), 118-129.
10. Musawa, H. (2013). « The silent epidemic » *The Nation*, 12 janvier, p. 5.
11. Rice, D. P. et al. (1990). *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services.
12. Rehm et al. (2006). *The costs of substance abuse in Canada, 2002*. Ottawa, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
13. Lim, S. S. (2012). *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *Lancet*, 380, 2224-2260.
14. Organisation mondiale de la santé (2010). *Atlas sur la toxicomanie 2010 : ressources pour la prévention et le traitement des problèmes liés à la toxicomanie*, Genève, OMS.
15. Stockwell, T., Fishbein, D., Toumbourou, J. W., Tarter, R., & Eldreth, D. (2005). *Preventing psychoactive substance use and related harms among children and adolescents: a review of theory and global best practices to address psychosocial and neurobiological factors*, Genève, OMS.
16. Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010). *Drug policy and the public good*, Oxford, Oxford University Press.
17. Hawks, D., Scott, K., & McBride, M. (2002). *Prevention of psychoactive substance use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Genève, OMS.
18. Adelekan, M., & Morakinyo, O. (2000). *A rapid assessment of treatment and rehabilitation facilities for drug dependent persons in Nigeria*, Lagos, PNUCID.
19. Nations Unies (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, New York, ONU.
20. Gerstein, D. R. & Harwood, H. J. (1990). *Treating drug problems*. Washington, DC, National Academy Press.
21. OMS/ONUDC/ONUSIDA (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*, Genève, OMS.



22. McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? *Implications from a chronic care perspective* (éditorial). *Addiction*, 97, 249–252.
23. Babor, T., Stenius, K., & Romelsjo, A. (2008). « Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17 (suppl 1), S50-59.
24. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2010). *De la coercition à la cohésion Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé et non les sanctions*, Vienne, ONUDC.
25. Deveau, C., Levine, B., Beckerleg, S. (2006). « Heroin use in Kenya and findings from a community based outreach programme to reduce the spread of HIV/AIDS », *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 5(2), 95-106.
26. McCurdy, S., Kilonzo, Williams, M. et al., (2007). « Harm reduction in Tanzania: an urgent need for multi-sectoral intervention », (éditorial). *International Journal of Drug Policy*, 18, 155-159.
27. Union africaine (2007). Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (2007-2012) et son mécanisme de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Addis Abeba, Éthiopie, Commission de l'Union africaine.
28. Union africaine (2013). Plan d'action de l'UA sur la lutte contre la drogue (2013-2017). Addis Abeba, Éthiopie, Union africaine.
29. Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (2008). Déclaration politique et plan d'action, Abuja, CEDEAO.
30. Obot, I.S. (2004). « Assessing Nigeria's drug control policy, 1994-2000 ». *The International Journal of Drug Policy*, 15, 17-26.

## ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

**Organisation mondiale de la santé (2006). *Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/AIDS – Principes de base pour le traitement et le soutien psychosocial des personnes toxicomanes vivant avec le VIH/sida*. Genève, OMS.**

**Ce document énonce et détaille les principes suivants :**

- Principe 1.** Droits humains des personnes toxicomanes vivant avec le VIH/sida.
- Principe 2. Base de données probantes pour le traitement, les soins et le soutien psychosocial.
- Principe 3. Traitement approprié et soutien psychosocial.
- Principe 4. Accès équitable aux soins et au traitement anti-VIH/sida, notamment traitement antirétroviral.
- Principe 5. Environnements propices pour permettre et faciliter le traitement, les soins et le soutien psychosocial.
- Principe 6. Participation du patient.
- Principe 7. Participation de la communauté et d'autres parties prenantes.

OMS/ONUDD (2008). *Principles of drug dependence treatment – Principes de traitement de la toxicomanie*. Genève, OMS.

**Principe 1 : Disponibilité et accessibilité du traitement de la toxicomanie.**

**Principe 2 : Dépistage, évaluation, diagnostic et planification du traitement.**

**Principe 3 : Traitement de la toxicomanie sur la base de données probantes.**

**Principe 4 : Traitement de la toxicomanie, droits humains et dignité du patient.**

**Principe 5 : Cibler des groupes et des situations particuliers.**

**Principe 6 : Traitement de l'addiction et système judiciaire pénal.**

**Principe 7 : Implication de la communauté, participation et orientation du patient.**

**Principe 8 : Gestion clinique des services de traitement de la toxicomanie.**

**Principe 9 : Systèmes de traitement : développement de politique, planification stratégique et services de coordination.**

**Agences des Nations Unies (2012). Déclaration conjointe sur les centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes.** Genève, ONUSIDA.

*Les documents 1, 2 et 3 sont disponibles en ligne sur [www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse).*

Obot et al. (éd. 2012). *Substance abuse and HIV/AIDS in Africa*. Uyo/Abuja, Centre for Research and Information on Substance Abuse (23 articles sur le sujet, copies fournies gracieusement sur demande)

Numéro spécial de l'*African Journal of Drug and Alcohol Studies* (volume 5, numéro 2, 2006) sur le thème « Substance abuse and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa ». (Extraits disponibles en ligne sur [www.crisanet.org](http://www.crisanet.org))

Dua, T., Barbui, C., Clark, N. et al. (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorder in low- and middle-income countries: *summary of WHO recommendations*. *PLoS Medicine*, 8(11), e1001122.

Hall, W. et al. (2012). *Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction*. (éditorial). *Addiction*, 107(11), 1891-1893.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2010). *De la coercition à la cohésion Traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé et non les sanctions*, Vienne, ONUDD.

**OMS/ONUDD/ONUSIDA (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper*, Genève, OMS.**

*Extrait du document :*

Il n'existe pas de mode de traitement unique efficace pour toutes les personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés. Il convient de proposer un accès approprié à une large palette de possibilités de traitement pour répondre aux besoins divers des personnes dépendantes aux opiacés.

Le traitement de substitution constitue l'un des modes efficaces, sûrs et rentables pour la gestion de la dépendance aux opiacés. Une évaluation répétée et rigoureuse a montré qu'un tel traitement

représente un élément précieux et fondamental de la gestion efficace de la dépendance aux opiacés et de la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

Il existe de plus en plus de preuves démontrant que l'obtention de bons résultats en matière de traitement de substitution aux opiacés dépend d'un accès au traitement en temps utile, de la durée prolongée et de la continuité du traitement et d'une posologie adaptée de médicaments.

Le traitement de substitution est bénéfique pour les personnes dépendantes aux opiacés car il leur apporte une stabilité et un bien-être accrus, ainsi qu'un meilleur fonctionnement social. Les personnes qui bénéficient d'un traitement de substitution peuvent accomplir des progrès significatifs dans leur vie physique et émotionnelle, ainsi que dans leurs relations avec les autres et leur aptitude à contribuer positivement à la vie de leur communauté et de la société au sens large.

La société dans son ensemble tire parti du traitement de substitution grâce la baisse des actes criminels, la réduction des coûts en termes de santé et de justice pénale, la diminution du risque de transmission du VIH et des autres virus transmissibles par le sang, ainsi que la hausse de la productivité. Il est capital d'investir dans le traitement de substitution des opiacés, car les économies qui découlent du traitement d'un individu surpassent largement les coûts.

L'accès à un traitement de substitution des opiacés représente une stratégie de prévention efficace du VIH/sida dont la mise en œuvre doit être envisagée le plus tôt possible pour les consommateurs de drogues injectables dépendants aux opiacés dans les communautés exposées au risque d'épidémie de VIH/sida (...). L'accès au traitement de substitution doit être intégré dans les autres actions et services de prévention du VIH, ainsi que dans les actions et services de traitement et de soins destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida.

La pratique du traitement de substitution doit être guidée par des données probantes issues de la recherche et s'appuyer sur une formation et une évaluation adéquates. Les éventuelles conséquences négatives doivent être minimisées en adhérant aux meilleures pratiques cliniques, en surveillant la qualité et les résultats du traitement et en instaurant des mesures de contrôle et des réglementations adéquates pour éviter le détournement des médicaments vers des canaux illicites.

**ANNEXE 2 : EFFICACITÉ DE CERTAINES STRATÉGIES ET ACTIONS (extrait de Babor et al. 2010, *Drug policy and the public good*)**

Intervention	Efficacité	Observations
<b>STRATÉGIES DE PRÉVENTION</b>		
Programmes pour les familles/les parents	Quelques études américaines montrent une efficacité en termes de réduction au commencement de l'usage de drogue	Cible les personnes non toxicomanes, les adolescents, les parents et le
Éducation axée sur le	Pas de preuve d'efficacité	

développement affectif		grand public
Uniquement information/connaissances	Pas de preuve d'efficacité	
Médias de masse	Pas de preuve d'efficacité	
Marketing social	Preuves d'efficacité insuffisantes	
Dépistage de drogue dans les écoles	Pas de preuve d'efficacité	
<b>SERVICES DE TRAITEMENT</b>		
Substitution par la méthadone	Preuves satisfaisantes d'une baisse de la consommation d'héroïne et d'autres drogues, de la criminalité, des infections par le VIH et les hépatites	Cible les personnes souffrant de troubles liés à la toxicomanie
Substitution par la buprénorphine	Preuves satisfaisantes d'une baisse de la consommation d'héroïne et d'autres drogues, de la criminalité, des infections par le VIH et les hépatites	
Antagonistes des opiacés (par ex. naltrexone)	Quelques preuves d'une baisse de la consommation d'opiacés mais problèmes d'adhésion au traitement	
Programmes d'échange d'aiguilles	Peut faire diminuer les infections en lien avec la consommation de drogue et faciliter l'engagement dans un traitement	
Traitement psychosocial	Preuves satisfaisantes d'une baisse de la consommation de drogue, des problèmes liés à la drogue et de la criminalité	
Groupes d'entraide (par ex. NA)	Preuves satisfaisantes d'une baisse de la consommation de drogue, de la criminalité et des infections	
Interventions de courte durée	Preuves satisfaisantes d'une baisse de la consommation de drogue chez les consommateurs de drogue à risque	
<b>CONTRÔLE DE L'OFFRE</b>		

Développement alternatif	Pas d'exemple connu d'effet sur la consommation de drogue	Cible les producteurs et les trafiquants
Destruction des cultures	Peut créer une interruption temporaire du marché	
Contrôle des précurseurs chimiques	Preuves satisfaisantes d'une interruption temporaire du marché	
Interdiction	Peut rompre la chaîne d'approvisionnement et augmenter les prix	
Répression élevée grâce aux enquêtes criminelles	Preuves limitées de relation dose-effet	
Répression de proximité	Davantage de preuves de la capacité à modifier le marché qu'à réduire la disponibilité	
Incarcération	Possibilité de baisse des retours à l'élargissement de la mise en détention au-delà de certains niveaux	
<b>CRIMINALISATION ET DÉPÉNALISATION</b>		
Modifier le niveau des sanctions pénales	Effets modérés ou nuls sur la consommation de cannabis	Cible les consommateurs de drogue, notamment de cannabis
Orientation vers une éducation ou un traitement obligatoire	Peu d'effets sur les problèmes liés au cannabis	
<b>MESURES RÉGLEMENTAIRES</b>		
Limiter les ventes de médicaments sans ordonnance	Quelques preuves montrant que les restrictions sur les médicaments en vente libre permettent de prévenir les problèmes de santé en lien avec les analgésiques	Cible la consommation indésirable de médicaments, comportement des médecins et des pharmaciens