



**ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE  
DES STUPÉFIANTS**

**2010**

Rapport de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants sur la  
**disponibilité des drogues**  
**placées sous contrôle international:**  
**assurer un accès adéquat**  
**à des fins médicales et scientifiques**



**NATIONS UNIES**

## Rapports publiés par l'Organe international de contrôle des stupéfiants en 2010

Le *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2010* (E/INCB/2010/1) est complété par les rapports suivants:

*Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques* (E/INCB/2010/1/Supp.1)

*Stupéfiants: Évaluations des besoins du monde pour 2011 — Statistiques pour 2009* (E/INCB/2010/2)

*Substances psychotropes: Statistiques pour 2009 — Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes* (E/INCB/2010/3)

*Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes: Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2010 sur l'application de l'article 12 de la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988* (E/INCB/2010/4)

Les listes les plus récentes des substances placées sous contrôle international, qui comprennent les stupéfiants, les substances psychotropes et les substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, figurent dans les dernières éditions des annexes aux formulaires statistiques ("Liste jaune", "Liste verte" et "Liste rouge") publiées par l'OICS.

## Comment contacter l'Organe international de contrôle des stupéfiants

On peut se mettre en rapport avec le secrétariat de l'OICS à l'adresse suivante:

Centre international de Vienne  
Bureau E-1339  
Boîte postale 500  
1400 Vienne  
(Autriche)

On peut également contacter le secrétariat par les moyens suivants:

Téléphone: (+43-1) 26060  
Télex: 135 612  
Télécopieur: (+43-1) 26060-5867 or 26060-5868  
Télégramme: unations vienna  
Courriel: [secretariat@incb.org](mailto:secretariat@incb.org)

Le texte du présent rapport est également disponible sur le site Web de l'OICS ([www.incb.org](http://www.incb.org)).



ORGANE INTERNATIONAL DE CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS

Rapport de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants sur la  
**disponibilité des drogues**  
**placées sous contrôle international:**  
**assurer un accès adéquat**  
**à des fins médicales et scientifiques**



NATIONS UNIES  
New York, 2011

E/INCB/2010/1/Supp.1

PUBLICATION DES NATIONS UNIES  
Numéro de vente: F.11.XI.7  
ISBN: 978-92-1-248181-4

© Nations Unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, février 2011. Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les noms des pays ou régions mentionnés dans le texte sont ceux qui étaient utilisés officiellement au moment où les données ont été recueillies.

Production éditoriale: Section des publications, de la bibliothèque et des services en anglais, Office des Nations Unies à Vienne.

## Préface

Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues ont pour objectif d'assurer une disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques, tout en veillant à ce que ces drogues ne soient pas détournées à des fins illicites. L'Organe international de contrôle des stupéfiants, qui a pour mandat de suivre la mise en œuvre de cet objectif, s'est à plusieurs reprises dit préoccupé par le fait que l'accès aux substances placées sous contrôle pour les besoins médicaux et scientifiques était inégal et inadéquat de par le monde.

Pendant de nombreuses années, la consommation mondiale de stupéfiants et de substances psychotropes a été inférieure aux niveaux requis pour les traitements les plus élémentaires. Grâce à la prise de conscience de plus en plus aiguë de la valeur thérapeutique des substances placées sous contrôle et aux efforts déployés par la communauté internationale, elle a pu être sensiblement augmentée. Toutefois, si elle l'a été dans plusieurs régions du monde, elle est intervenue pour l'essentiel dans un nombre limité de pays, notamment de trois régions: Amérique du Nord, Europe et Océanie. Dans certains pays ou régions, elle a stagné, voire reculé. Aussi longtemps que ces drogues resteront inaccessibles à une grande majorité de la population mondiale, les patients ne pourront jouir des droits que leur confère la Déclaration universelle des droits de l'homme en matière de santé.

Pour ces raisons, l'OICS a décidé de consacrer à cette question essentielle un supplément spécial de son rapport annuel pour 2010. Ce supplément analyse en détail la situation mondiale et les variations régionales de la consommation de substances placées sous contrôle international, recense les principaux obstacles à une disponibilité adéquate et donne des recommandations sur la manière de le surmonter.

La plupart des stupéfiants et des substances psychotropes placés sous contrôle en vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues sont indispensables dans la pratique médicale. Les analgésiques opioïdes tels que la codéine et la morphine, ainsi que les opioïdes semi-synthétiques et synthétiques, sont des médicaments essentiels pour le traitement de la douleur. Les substances psychotropes telles que les anxiolytiques de type benzodiazépine, les sédatifs hypnotiques et les barbituriques, sont indispensables pour le traitement des troubles neurologiques et mentaux. Les préparations pharmaceutiques contenant des substances placées sous contrôle international jouent un rôle essentiel dans le traitement médical de la douleur et de la souffrance.

Les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues restent très efficaces pour prévenir le détournement de drogues des circuits licites vers les marchés illicites et protéger la société des conséquences de la toxicomanie. Toutefois, de nombreux pays n'attachent pas la même importance à l'autre objectif des traités, qui est d'assurer une disponibilité suffisante des substances placées sous contrôle. Les mesures prises par les gouvernements pour prévenir l'usage illicite et le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes ne doivent pas entraver l'usage qui en est fait à des fins médicales. Les gouvernements doivent répondre au double objectif des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, à savoir prévenir le détournement et l'usage illicite des substances placées sous contrôle international et assurer leur disponibilité à des fins légitimes. Cet équilibre devrait se traduire dans les lois et réglementations nationales relatives au contrôle des drogues.

Pour améliorer l'accès à ces drogues essentielles à des fins médicales et scientifiques, il faut d'abord recenser les obstacles rencontrés, qui sont nombreux. Si les considérations économiques peuvent

jouer un rôle en ce qui concerne le coût élevé des médicaments, il existe des préparations peu onéreuses, et les pays qui utilisent ces dernières prouvent qu'il est possible de surmonter des obstacles d'ordre économique. Des problèmes d'ordre systémique ou réglementaire peuvent aussi être à l'origine d'une disponibilité insuffisante des substances placées sous contrôle.

Pour aider les gouvernements à surmonter ces obstacles, le présent supplément contient un large éventail de recommandations pratiques, qui peuvent être adaptées à la situation de chaque pays. Je veux espérer que les gouvernements utiliseront ce rapport pour évaluer la situation dans leur pays et mettre en œuvre les recommandations pertinentes. Si des mesures ne sont pas prises de toute urgence pour remédier à la situation, le fossé qui existe entre les pays à forte consommation et les pays à faible consommation risque de se creuser, ce qui continuera d'infliger inutilement de la douleur et de la souffrance dans de nombreux pays.

Le Président de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hamid Ghodse', with a stylized flourish at the end.

Hamid Ghodse

## Résumé

L'Organe international de contrôle des stupéfiants a été invité par la Commission des stupéfiants, à sa cinquante-troisième session tenue en mars 2010, à inclure dans son rapport pour 2010 des informations sur la disponibilité de substances placées sous contrôle international pour les besoins médicaux. L'OICS est conscient de l'intérêt croissant que portent l'Organisation mondiale de la Santé, d'autres organismes intergouvernementaux et des organisations non gouvernementales à ce sujet, et compte tenu de son importance, il a décidé de lui consacrer un supplément de son rapport annuel. L'OICS y donne des informations pertinentes sur la situation actuelle, aux niveaux mondial et régional, recense les principaux obstacles rencontrés et formule des recommandations pour améliorer la disponibilité des substances placées sous contrôle international pour les besoins médicaux et scientifiques. Les publications techniques de l'OICS relatives aux stupéfiants et aux substances psychotropes contiennent une analyse détaillée.





## Table des matières

	<i>Page</i>
	iii
Préface . . . . .	iii
Chapitre I. Introduction . . . . .	1
Chapitre II. Mesures prises par l’OICS pour assurer une disponibilité suffisante . . . . .	5
Chapitre III. Offre de matières premières opiacées et d’opioïdes . . . . .	9
A. Offre de matières premières opiacées . . . . .	10
B. Offre d’opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 . . . . .	11
C. Offre d’opioïdes actuellement placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971 . . . . .	13
D. Offre de stimulants placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971 . . . . .	14
E. Offre de benzodiazépines et de barbituriques placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971 . . . . .	14
Chapitre IV. Disponibilité de médicaments contenant des substances placées sous contrôle international . . . . .	15
A. Disponibilité d’analgésiques opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 . . . . .	18
B. Opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971 . . . . .	27
C. Antiépileptiques . . . . .	29
D. Stimulants inscrits au Tableau II de la Convention de 1971 qui sont utilisés pour le traitement du trouble déficitaire de l’attention . . . . .	30
E. Stimulants inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971 qui sont utilisés comme anorexigènes . . . . .	31
F. Benzodiazépines . . . . .	33
Chapitre V. Assurer la disponibilité de substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite . . . . .	45
A. Obstacles à la disponibilité d’analgésiques opioïdes . . . . .	46
B. Disponibilité de substances placées sous contrôle international au-delà des niveaux requis pour assurer une bonne pratique médicale . . . . .	49
C. Assurer une disponibilité suffisante dans les situations d’urgence . . . . .	53
Chapitre VI. Conclusions et recommandations . . . . .	55
Annexes	
I. Tableaux sur la consommation d’analgésiques opioïdes dans les régions . . . . .	63
II. Lettre conjointe du Président de l’Organe international de contrôle des stupéfiants et du Président du Groupe des Nations Unies pour le développement . . . . .	73
III. Lettre de relance conjointe du Président de l’Organe international de contrôle des stupéfiants et du Président du Groupe des Nations Unies pour le développement . . . . .	75
IV. Lettre du Président de l’Organe international de contrôle des stupéfiants à tous les pays . . . . .	77





## Introduction

1. L'Organe international de contrôle des stupéfiants a notamment pour mandat d'assurer la disponibilité des substances placées sous contrôle international pour les traitements médicaux, conformément à l'article 9 de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Convention de 1961)<sup>1</sup>, telle que modifiée par le Protocole de 1972<sup>2</sup>, et au préambule de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes (Convention de 1971)<sup>3</sup>.

2. En devenant parties aux conventions internationales relatives au contrôle des drogues, les gouvernements s'obligent à en incorporer les dispositions dans leur législation nationale et à les appliquer. L'Organe international de contrôle des stupéfiants est l'organe établi par la Convention de 1961 pour vérifier si les gouvernements respectent ces conventions et pour leur apporter un appui à cet égard.

3. Les conventions ont établi un régime de contrôle qui poursuit un double objectif: assurer la disponibilité des substances placées sous contrôle à des fins médicales et scientifiques, tout en empêchant la production, le trafic et l'usage illicites. La Convention de 1961, tout en reconnaissant que la toxicomanie est un fléau pour l'individu et constitue un danger économique et social pour l'humanité, affirme que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à cette fin. De même, la Convention de 1971 reconnaît que, si les Parties à la Convention sont déterminées à prévenir et à combattre l'abus de substances psychotropes et le trafic illicite auquel il donne lieu, leur utilisation à des fins médicales et scientifiques est indispensable et que la possibilité de se procurer des substances à ces fins ne devrait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée. Le suivi de l'application des conventions internationales relatives au contrôle des drogues par les parties est fait par l'OICS qui, conformément à l'article 9 de la Convention de 1961, est expressément chargé d'assurer la disponibilité de stupéfiants à des fins médicales et scientifiques.

4. Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues reconnaissent que les stupéfiants et les substances psychotropes sont indispensables à des fins médicales et scientifiques. Toutefois, malgré les nombreux efforts déployés par l'OICS et par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que par des organisations non gouvernementales, leur disponibilité reste très limitée dans un grand nombre de régions du monde et de nombreux patients n'ont ainsi pas accès à des médicaments essentiels. L'OICS, qui continue de surveiller la disponibilité de stupéfiants et de substances psychotropes dans le monde, en a fait l'un des principaux sujets du dialogue qu'il entretient avec les gouvernements sur l'application adéquate des conventions.

---

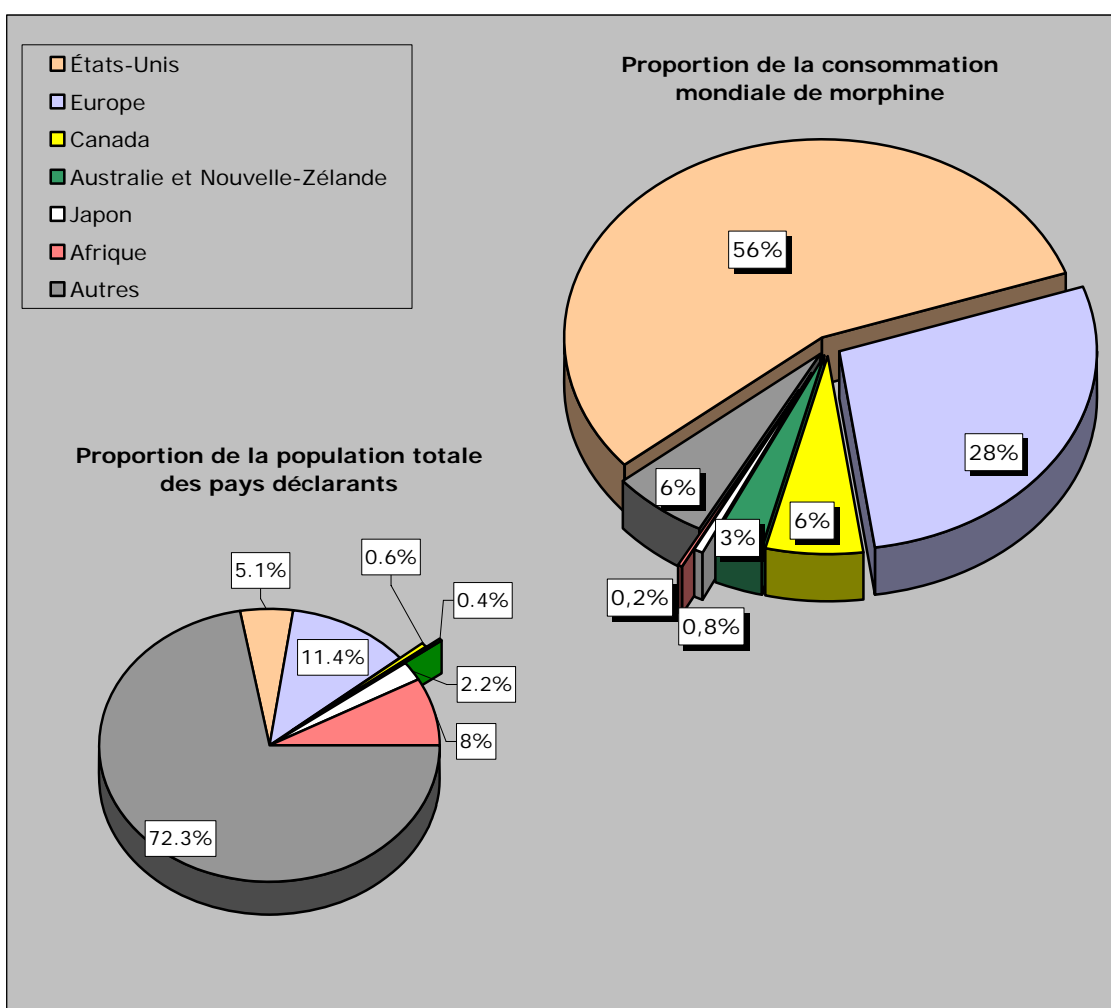
<sup>1</sup> Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 520, n° 7515.

<sup>2</sup> *Ibid.*, vol. 976, n° 14152.

<sup>3</sup> *Ibid.*, vol. 1019, n° 14956.

5. Des stupéfiants tels que la morphine, le fentanyl et l'oxycodone sont des analgésiques opioïdes efficaces pour le traitement de la douleur modérée à forte. D'après les données disponibles en 2009, l'Australie, le Canada, les États-Unis d'Amérique, la Nouvelle-Zélande et plusieurs pays européens ont représenté plus de 90 % de la consommation mondiale de ces substances. Autrement dit, ces analgésiques opioïdes étaient disponibles en quantités très limitées dans de nombreux autres pays et régions entières. Bien que la médecine permette de soulager la plupart des types de douleur modérée à forte, plus de 80 % de la population mondiale a un accès insuffisant, voire inexistant, aux analgésiques destinés au traitement de la douleur<sup>4</sup>.

Figure 1. Répartition de la consommation de morphine en 2009



<sup>4</sup> Il existe un certain nombre de méthodes sûres et efficaces pour soulager la douleur. Les analgésiques opioïdes restent les médicaments de prédilection pour le traitement de la douleur modérée à forte.

6. Il existe des écarts similaires entre les niveaux de consommation de substances psychotropes, même s'il est plus difficile de les identifier car les gouvernements ne sont pas tenus, en vertu de la Convention de 1971, de fournir à l'OICS des données sur la consommation de ces substances.

7. Sachant que l'offre mondiale de matières premières opiacées est suffisante pour la production d'analgésiques opioïdes tels que la morphine, la codéine et d'autres alcaloïdes, et qu'elle ne constitue pas un obstacle à la disponibilité de stupéfiants, il devrait être possible, pour les gouvernements, d'améliorer sensiblement la situation par des mesures adéquates. Il subsiste toutefois de nombreux autres obstacles à une disponibilité suffisante, sur lesquels l'OICS a déjà appelé l'attention par le passé. Le présent supplément du rapport de l'OICS pour 2010 met en évidence les efforts déployés pour assurer une disponibilité suffisante, l'évolution de la situation ces dernières années et les niveaux actuels de disponibilité de stupéfiants et de substances psychotropes, et donne des recommandations quant aux mesures à prendre aux niveaux international et national.



## Mesures prises par l'OICS pour assurer une disponibilité suffisante

8. L'OICS, agissant conformément au mandat qui lui a été confié par les conventions, a été parmi les premiers à signaler que, dans la majorité des pays, la disponibilité de stupéfiants n'était pas assurée. L'OICS, qui est particulièrement bien placé pour évaluer la consommation dans divers pays, a pris conscience du problème il y a plus de 20 ans. Conformément à la Convention de 1961, les gouvernements sont tenus de communiquer des statistiques annuelles à l'OICS, y compris sur la consommation de stupéfiants. Ces données sont analysées par l'OICS, qui les présente dans sa publication technique annuelle sur les stupéfiants. Si la communication de données relatives à la consommation de substances psychotropes n'est pas exigée par la Convention de 1971, elle est calculée à partir d'autres données statistiques fournies à l'OICS<sup>5</sup> puis publiée dans sa publication technique annuelle sur les substances psychotropes.

9. En procédant à l'analyse régulière des données relatives à la consommation, notamment de stupéfiants, l'OICS est parvenu à la conclusion que le niveau de consommation de stupéfiants était très faible dans un certain nombre de pays. C'est pourquoi, en 1989, en coopération avec l'OMS, il a procédé à une évaluation des besoins médicaux en opiacés dans le monde, qui a fait ressortir que ces besoins n'étaient pas pleinement satisfaits, notamment pour le traitement de la douleur cancéreuse.

10. L'OICS a constaté que seuls quelques pays avaient établi des systèmes efficaces d'évaluation des besoins médicaux. Il a identifié comme obstacles un certain nombre de facteurs intimement liés. L'application et l'interprétation des lois et réglementations entravaient indûment la disponibilité des opiacés. Le manque de ressources dans le système de santé empêchait leur disponibilité et leur utilisation optimales. De plus, la crainte, parmi les professionnels et dans le public, de créer une addiction, dissuadait de prescrire des opiacés quand cela était nécessaire. Enfin, le manque de formation professionnelle actualisée ne favorisait pas l'utilisation adéquate d'opioïdes pour le traitement de la douleur.

11. Les conclusions de cette étude ont été publiées dans le rapport spécial de l'OICS de 1989 sur la demande et l'offre d'opiacés pour les besoins médicaux et scientifiques<sup>6</sup>. L'OICS a formulé un certain nombre de recommandations à l'intention des gouvernements pour les aider à réduire, ou à surmonter de nombreux obstacles à la disponibilité des opiacés à des fins médicales. Les gouvernements ont été priés d'examiner leurs méthodes d'évaluation des besoins médicaux en opiacés, d'évaluer dans quelle mesure leurs systèmes de soins de santé et leurs lois et règlements entravaient la disponibilité des opiacés, de mettre au point des plans d'action pour faciliter cette disponibilité pour toutes les indications appropriées, d'élaborer des politiques nationales, des lignes

<sup>5</sup> Données sur la fabrication, les importations, les exportations et les stocks de substances psychotropes.

<sup>6</sup> Publication des Nations Unies, numéro de vente: F.89.XI.5.

directrices et des programmes de formation professionnelle sur l'utilisation médicale rationnelle des opiacés.

12. Cinq ans plus tard, en 1994, l'OICS a évalué l'efficacité des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues dans un supplément de son rapport annuel intitulé "Efficacité des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues"<sup>7</sup>. Dans son évaluation, il a conclu que l'objectif des traités consistant à assurer une offre adéquate de stupéfiants, en particulier d'opiacés utilisés à des fins médicales, n'avait pas été universellement atteint.

13. C'est pourquoi, en 1995, l'OICS a publié un autre rapport spécial intitulé "Disponibilité des opiacés pour les besoins médicaux"<sup>8</sup>, qui comportait des recommandations spécifiques à l'intention des gouvernements, du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, de la Commission des stupéfiants, de l'OMS, des organisations internationales et régionales sanitaires, humanitaires et de contrôle des drogues, des établissements d'enseignement et des organisations non gouvernementales de soins de santé, y compris l'Association internationale pour l'étude de la douleur et des représentants d'autres organisations de soins de santé. Ces recommandations demeurent valables. En outre, le chapitre premier du rapport de l'OICS pour 1999 était consacré à l'offre de stupéfiants analgésiques<sup>9</sup>. L'OICS y examinait, entre autres, les contraintes et entraves qui empêchaient une disponibilité adéquate d'opioïdes pour le traitement de la douleur et formulait des recommandations à l'intention des gouvernements afin qu'ils prennent des mesures correctives. Comme il y avait, dans certains pays, une surconsommation de substances placées sous contrôle international, qui entraînait un usage détourné de médicaments sur ordonnance et d'autres problèmes connexes, l'OICS a consacré le chapitre premier de son rapport pour 2000<sup>10</sup> à ce problème et recommandé une approche équilibrée de l'utilisation de ces substances.

14. L'un des outils qui permettent de déterminer si un pays a amélioré le niveau de disponibilité ou s'il est au moins conscient du problème et a l'intention d'améliorer la situation, est l'analyse des évaluations des besoins en stupéfiants, que tous les pays communiquent à l'OICS. Ce dernier prend régulièrement contact avec les pays qui ne communiquent pas d'évaluations ou dont les évaluations sont particulièrement basses, pour s'assurer d'une disponibilité suffisante des opioïdes pour le traitement de la douleur. Cette pratique a été officialisée en novembre 1999, lorsque l'OICS a commencé à recenser certains groupes de pays qui présentaient un faible niveau de consommation d'analgésiques opioïdes (principalement la morphine) et d'autres caractéristiques communes<sup>11</sup>. En 2004, il a pris contact avec quatre pays<sup>12</sup> dont la consommation avait sensiblement augmenté et leur a demandé d'indiquer les politiques et les activités qui étaient, selon eux, les principales causes de l'augmentation de la consommation d'analgésiques opioïdes, en particulier de morphine, de façon à pouvoir communiquer ces informations aux pays qui devaient améliorer leur niveau de consommation.

---

<sup>7</sup> Publication des Nations Unies, numéro de vente: F.95.XI.5.

<sup>8</sup> Publication des Nations Unies, numéro de vente: F.96.XI.6.

<sup>9</sup> Publication des Nations Unies, numéro de vente: F.00.XI.1.

<sup>10</sup> Publication des Nations Unies, numéro de vente: F.01.XI.1.

<sup>11</sup> Les principales caractéristiques étaient les suivantes: pas d'évaluation pour la morphine; population importante et très faible consommation de morphine; taux de cancer très élevé et faible consommation d'analgésiques; bon fonctionnement de l'administration chargée du contrôle des drogues, mais faible disponibilité; pays à revenu élevé situés en dehors de l'Europe et de l'Amérique du Nord où la disponibilité est insuffisante.

<sup>12</sup> Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, France.



15. La question a été, à plusieurs reprises, portée à l'attention des gouvernements dans des lettres circulaires destinées à tous les pays et des lettres adressées spécifiquement à certains pays. En août 2001, le Président de l'OICS et le Président du Groupe des Nations Unies pour le développement ont adressé une lettre conjointe à tous les coordonnateurs résidents du système des Nations Unies au niveau national, les priant notamment d'être attentifs à la sous-consommation et au manque de médicaments disponibles pour le traitement de la forte douleur dans de nombreux pays en développement (voir annexe II). Le Président de l'OICS et le Président du Groupe des Nations Unies pour le développement ont confirmé cette demande dans une nouvelle lettre conjointe, en février 2005 (voir annexe III). En avril 2006, le Président de l'OICS a adressé une lettre à tous les pays, dans laquelle il soulignait les difficultés pour les patients qui en avaient besoin de se procurer des stupéfiants et des substances psychotropes, et encourageait les gouvernements à prendre des mesures pour que l'utilisation rationnelle des médicaments soit incluse comme sujet dans les programmes d'études des facultés concernées des universités (voir annexe IV)<sup>13</sup>.

16. La disponibilité d'opioïdes pour le traitement de la douleur fait l'objet de discussions avec certains gouvernements lors des missions de l'OICS. Les lettres de recommandations adressées aux gouvernements après les missions comportent, au besoin, des recommandations spécifiques sur la disponibilité d'opioïdes pour le traitement de la douleur. De même, le document de l'OMS intitulé "Trouver l'équilibre dans les politiques nationales de contrôle des opioïdes: directives pour l'évaluation"<sup>14</sup> figure toujours dans la documentation destinée aux autorités compétentes.

17. L'OICS "aborde régulièrement le sujet de la disponibilité des stupéfiants dans ses discours lors de réunions d'organes intergouvernementaux, telles que la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale, les sessions de la Commission des stupéfiants, du Conseil économique et social et de l'Assemblée mondiale de la santé, ainsi que de réunions régionales d'organisations internationales. En mars 2010, à la cinquante-troisième session de la Commission des stupéfiants, les débats sur ce sujet ont abouti à l'adoption de la résolution 53/4 intitulée "Assurer une disponibilité suffisante de drogues licites placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite".

18. L'OMS est le principal partenaire de l'OICS dans les activités visant à accroître la disponibilité d'opioïdes pour le traitement de la douleur. Parmi les activités menées au titre de cette coopération, on mentionnera la promotion, par l'OICS, de la publication de l'OMS intitulée "Trouver l'équilibre dans les politiques nationales de contrôle des opioïdes"; la création en 2003 d'un groupe de travail sur la disponibilité, qui a élaboré une proposition visant à renforcer les relations de travail entre l'OICS et l'OMS en ce qui concerne la disponibilité de médicaments stupéfiants et à promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments psychotropes; et la coopération dans le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS contre la douleur destinée, entre autres, à aider les pays à renforcer leurs capacités et à susciter une prise de conscience concernant l'utilisation des opioïdes dans le traitement de la douleur.

19. L'Assemblée mondiale de la santé, dans sa résolution WHA58.22, et le Conseil économique et social, dans sa résolution 2005/25, ont invité l'OMS et l'OICS à examiner la faisabilité d'un

<sup>13</sup> Ces trois lettres peuvent être consultées sur le site Internet de l'OICS, à l'adresse [http://www.incb.org/incb/en/other-issues\\_correspondence.html](http://www.incb.org/incb/en/other-issues_correspondence.html).

<sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé, document WHO/EDM/QSM/2000.4.

mécanisme d'assistance qui faciliterait le traitement adéquat de la douleur au moyen d'analgésiques opioïdes. L'OMS et l'OICS ont passé en revue les documents et études consacrés à la disponibilité d'analgésiques opioïdes au niveau national et analysé les activités menées et prévues par différents organes pour aider les gouvernements à veiller à la disponibilité de ces médicaments à des fins médicales légitimes. Ils ont conclu que, bien qu'il n'y ait pas pénurie de matières premières produites licitement pour la fabrication d'analgésiques opioïdes dans le monde et que la consommation mondiale licite d'opioïdes ait fortement augmenté au cours des 20 dernières années, ces médicaments restaient difficiles d'accès dans de nombreux pays, en raison d'un certain nombre d'obstacles.

20. L'OMS et l'OICS ont conclu qu'il était possible de mettre en place un mécanisme d'assistance destiné à faciliter une prise en charge satisfaisante de la douleur grâce aux analgésiques opioïdes. En conséquence, l'OMS a entamé la préparation du Programme d'accès aux médicaments sous contrôle, pour lequel elle a élaboré, en consultation avec l'OICS, un document-cadre. Ce programme est mis en œuvre par l'OMS. L'OICS s'emploie activement à le promouvoir lors de ses missions, dans ses discours sur la disponibilité, en y faisant référence et en formulant des recommandations y relatives dans ses rapports annuels.

21. Toutefois, si la consommation de stupéfiants à des fins médicales a sensiblement augmenté dans certains pays grâce, notamment, aux efforts de l'OICS, la disponibilité des substances placées sous contrôle international reste faible et inadéquate dans la plupart des pays. C'est pourquoi l'OICS a conclu qu'il était nécessaire de mieux faire comprendre les dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Pour ce faire, il faut notamment aider les gouvernements à établir des évaluations plus réalistes de leurs besoins en médicaments contenant des substances placées sous contrôle. L'OICS et l'OMS sont en train d'élaborer conjointement des lignes directrices sur l'évaluation des besoins en substances placées sous contrôle. Cette initiative vise à définir les méthodes que les pays pourront appliquer pour établir des évaluations adéquates concernant les stupéfiants, les substances psychotropes et certains précurseurs à des fins médicales.



## Offre de matières premières opiacées et d'opioïdes

22. Le terme “opiacés” est habituellement utilisé pour désigner les substances dérivées de l’opium et leurs propres dérivés chimiquement apparentés, tels que les alcaloïdes semi-synthétiques, tandis que le terme “opioïdes” est plus général et désigne les drogues naturelles et synthétiques ayant des propriétés analogues à celles de la morphine, bien que leur structure chimique puisse différer de celle de la morphine.

23. Les alcaloïdes naturels contenus dans l’opium ou la paille de pavot qui sont placés sous contrôle international sont la morphine, la codéine, la thébaïne et l’oripavine. La morphine et la codéine sont placées sous contrôle international en raison des risques d’usage détourné qu’elles présentent, alors que la thébaïne et l’oripavine le sont parce qu’elles peuvent être transformées en opioïdes qui font l’objet d’un usage détourné. La morphine est le prototype des opiacés naturels et de nombreux opioïdes et sert, en raison de sa grande puissance analgésique, de paramètre de référence aux fins de comparaison.

24. Les opioïdes sont essentiellement utilisés pour leurs propriétés analgésiques afin de traiter la douleur forte (fentanyl, hydromorphone, méthadone, morphine et péthidine), la douleur modérée à forte (buprénorphine<sup>15</sup> et oxycodone) et la douleur légère à modérée (codéine, dihydrocodéine et dextropropoxyphène). Ils sont aussi utilisés en vue d’induire ou de renforcer l’anesthésie (fentanyl et analogues du fentanyl, tels que l’alfentanil et le rémifentanil), comme antitussifs (codéine, dihydrocodéine et, dans une moindre mesure, pholcodine et éthylmorphine) et pour traiter la dépendance aux opioïdes (buprénorphine et méthadone).

### Principaux opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961 et buprénorphine<sup>a</sup>

<i>Alcaloïdes naturels</i>	<i>Opioïdes semi-synthétiques</i>	<i>Opioïdes synthétiques</i>
Morphine	Dihydrocodéine	Dextropropoxyphène
Codéine	Éthylmorphine	Diphénoxylate
Thébaïne	Héroïne	Fentanyl et analogues
Oripavine	Hydrocodone	Cétobémidone
	Hydromorphone	Méthadone
	Oxycodone	Péthidine
	Pholcodine	Tilidine
	Buprénorphine	

<sup>a</sup> La buprénorphine est placée sous contrôle en vertu de la Convention de 1971.

<sup>15</sup> La buprénorphine est placée sous contrôle en vertu de la Convention de 1971.

25. Les opioïdes semi-synthétiques sont obtenus au moyen de transformations chimiques relativement simples d'opiacés naturels comme la morphine, la codéine et la thébaïne. La dihydrocodéine, l'éthylmorphine, l'héroïne, l'oxycodone et la pholcodine en sont quelques exemples. Les opioïdes synthétiques sont entièrement artificiels et n'ont aucun lien avec les opiacés, même s'ils ont des effets similaires lorsqu'ils sont utilisés à des fins thérapeutiques. Les opioïdes synthétiques les plus courants sont le fentanyl et les analogues du fentanyl, la méthadone et la péthidine.

## A. Offre de matières premières opiacées

26. Les opiacés consommés par des patients qui suivent un traitement médical proviennent de matières premières opiacées (opium, paille de pavot et concentré de paille de pavot). Pour que les opiacés utilisés à des fins médicales et scientifiques soient disponibles en quantités adéquates, il est par conséquent indispensable d'assurer la disponibilité des matières premières requises pour leur fabrication.

27. Conformément à la Convention de 1961 et aux résolutions pertinentes de la Commission des stupéfiants et du Conseil économique et social, l'OICS examine régulièrement les questions qui touchent l'offre et la demande de matières premières opiacées. Il s'efforce, en coopération avec les gouvernements, de maintenir un équilibre durable entre l'offre et la demande. Il se fonde, pour analyser l'offre et la demande, sur les informations reçues des gouvernements des pays producteurs de matières premières opiacées ainsi que des gouvernements des pays où ces substances sont utilisées pour la fabrication d'opiacés ou de substances non visées par la Convention de 1961. On trouvera une analyse circonstanciée de la situation actuelle de l'offre et de la demande de matières premières opiacées dans le monde dans le rapport technique de l'OICS sur les stupéfiants pour 2010<sup>16</sup>.

28. Pour que des opiacés soient disponibles à des fins médicales et scientifiques en cas de diminution inattendue de la production due, par exemple, à des conditions météorologiques défavorables dans les pays producteurs, les stocks mondiaux de matières premières opiacées doivent être tels qu'ils permettent de satisfaire la demande mondiale pendant environ un an<sup>17</sup>. À la fin de 2009, les stocks totaux de matières premières opiacées riches en morphine représentaient 12 mois de demande mondiale. Les stocks totaux de matières premières opiacées riches en thébaïne étaient suffisants pour répondre à la demande mondiale pendant un peu moins de 12 mois, mais ce déficit était compensé par l'importance des stocks de thébaïne et d'opiacés dérivés de la thébaïne qui étaient suffisants, à la fin de 2009, pour satisfaire la demande mondiale pendant 14 mois environ.

29. En 2010, d'après les informations reçues par l'OICS, la production mondiale de matières premières opiacées riches en morphine a été supérieure à leur utilisation. L'offre mondiale (production et stocks) de ces matières premières a suffi pleinement à satisfaire la demande mondiale. Pour 2011, les gouvernements des pays producteurs envisagent d'accroître encore la superficie des cultures de pavot à opium riche en morphine.

---

<sup>16</sup> Stupéfiants: Évaluations des besoins du monde pour 2011 – Statistiques pour 2009 (publication des Nations Unies, numéro de vente: T.11.XI.2).

<sup>17</sup> *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2005* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.06.XI.2), par. 85.

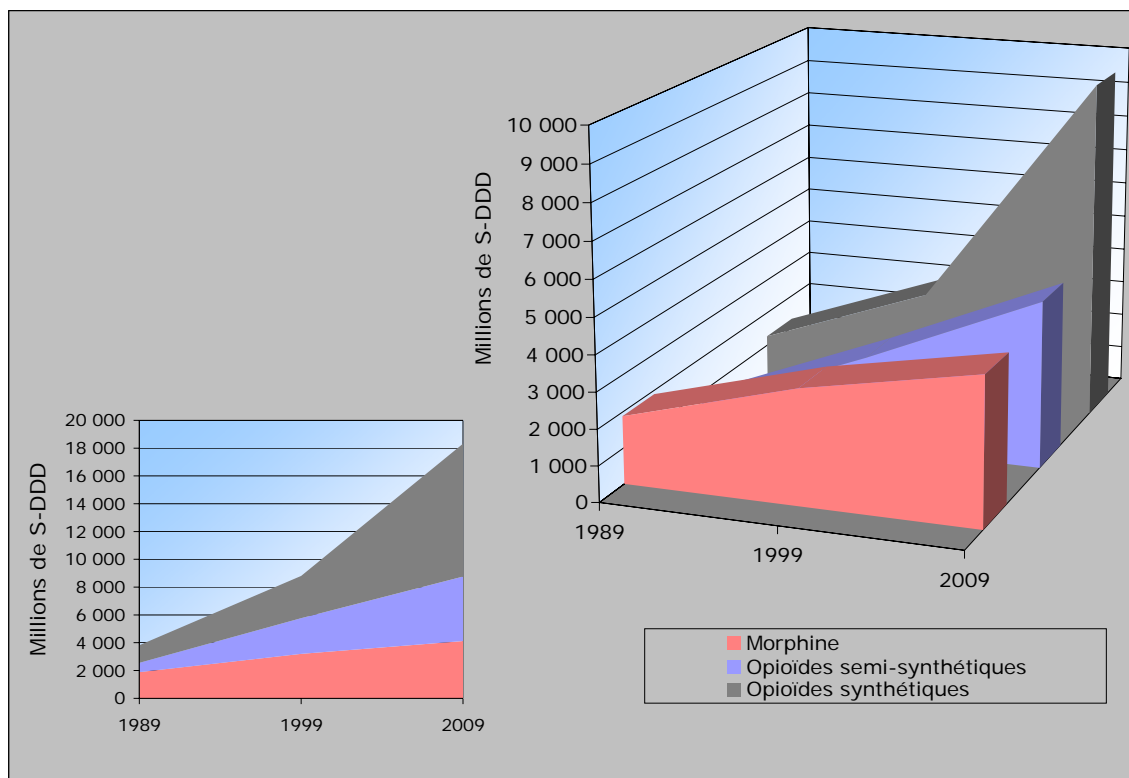
30. S'agissant des matières premières opiacées riches en thébaïne, il ressort des informations dont dispose l'OICS qu'à l'échelle mondiale, en 2010, la production a dépassé la demande. Les stocks totaux de ces matières premières étaient suffisants pour répondre à la demande mondiale pendant moins d'une année. D'après les projections des pays producteurs, la production mondiale dépassera à nouveau la demande mondiale en 2011. Les stocks totaux de matières premières opiacées riches en thébaïne devraient par conséquent encore s'accroître et atteindre un niveau suffisant pour satisfaire la demande pendant environ 14 mois. L'offre mondiale (production et stocks) de ces matières premières continuera d'être amplement suffisante pour satisfaire la demande mondiale.

31. La demande mondiale de matières premières opiacées riches en morphine et riches en thébaïne devrait également croître dans l'avenir. On prévoit que, suite à l'action menée par l'OICS et par l'OMS pour garantir la disponibilité d'une quantité suffisante d'analgésiques opioïdes, la demande mondiale d'opiacés et de matières premières opiacées continuera d'augmenter.

## **B. Offre d'opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961**

32. Comme c'est le cas de la production de matières premières opiacées, en hausse constante, la fabrication d'opioïdes a elle aussi progressivement augmenté ces 20 dernières années. La fabrication de morphine et des principaux opioïdes synthétiques et semi-synthétiques a été multipliée par cinq au cours de la même période, ces dernières substances ayant connu une croissance plus rapide que la morphine. Cette évolution est fortement liée à la hausse de la demande de certains stupéfiants, ainsi qu'à la mise au point de nouveaux produits.

Figure 2. Croissance de la fabrication d'opioïdes, de 1989 à 2009



33. La figure 2 montre la croissance cumulée de la fabrication de morphine et d'opioïdes synthétiques et semi-synthétiques sur une période de 20 années. Le terme S-DDD (dose quotidienne déterminée à des fins statistiques) désigne une unité technique de mesure utilisée à des fins statistiques et ne constitue pas une dose recommandée. Cette unité de mesure est utilisée lorsque l'on regroupe les données relatives à des stupéfiants ou à des substances psychotropes de puissance différente, dont les dosages quotidiens varient par conséquent, pour indiquer les quantités disponibles pour un groupe de substances avec une unité de mesure comparable.

34. On a enregistré des taux de croissance particulièrement élevés pour le fentanyl, devenu l'opioïde synthétique le plus fabriqué (quantités exprimées en S-DDD). Comme analgésique, le fentanyl est environ 100 fois plus puissant que la morphine. Il est utilisé, à de très petites doses (par exemple de 0,005 mg à 0,1 mg sous forme injectable), pour induire l'anesthésie. L'utilisation de patchs de fentanyl à libération contrôlée pour le traitement de la douleur forte a augmenté partout dans le monde, entraînant une hausse de la fabrication de la substance. Ces patchs fortement dosés ont une durée d'action allant jusqu'à trois jours. La méthadone est elle aussi fabriquée en quantités bien plus importantes qu'il y a 20 ans, et est principalement employée dans le traitement de substitution. La fabrication d'hydrocodone, d'hydromorphone, d'oxycodone et d'oxymorphone, drogues semi-synthétiques, a également fortement augmenté. Le commerce international de stupéfiants a connu une évolution similaire: les échanges de morphine ont été multipliés par cinq, ceux de fentanyl par près de 300, et ceux d'oxycodone par plus de 130.

35. Ces taux de croissance de la fabrication et du commerce international de stupéfiants sont certes impressionnants, mais ils s'expliquent principalement par la forte hausse des importations dans certains pays à consommation élevée, tandis que, dans la plupart des autres pays, les importations ont augmenté soit dans une bien moindre mesure, soit à partir d'un niveau tellement faible qu'une croissance même très élevée restait modérée en quantité absolue. Par ailleurs, sur 211 pays et territoires, 17 n'importaient pas de morphine, 22 pas de fentanyl et 9 pas d'opioïdes.

36. Selon l'OICS, la fabrication actuelle de morphine et d'opioïdes synthétiques et semi-synthétiques suffit pleinement pour satisfaire la demande mondiale. En outre, grâce aux recherches menées sur de nouvelles indications et de nouvelles préparations, on réussit à fabriquer de nouveaux médicaments qui sont d'une utilisation plus facile et aisée. Parallèlement, d'autres types de préparations moins coûteuses continuent d'être fabriquées. La demande croissante de produits de différentes catégories de prix peut être couverte par l'industrie pharmaceutique. On ne peut par conséquent pas estimer que l'offre d'opioïdes constitue un obstacle à la disponibilité adéquate de stupéfiants.

### **C. Offre d'opioïdes actuellement placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971**

37. La fabrication mondiale de buprénorphine a elle aussi été multipliée par cinq ces 20 dernières années pour atteindre un niveau comparable à celui des principaux opioïdes. Après avoir fortement augmenté à la fin des années 1990, lorsque la substance avait commencé à être utilisée à des doses plus fortes pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, elle connaît une nouvelle accélération depuis 2006. De même, le commerce international de la substance a considérablement augmenté, 80 pays ayant signalé des importations entre 2007 et 2009. Toutefois, les pays qui importent de la buprénorphine sont nettement moins nombreux que ceux qui importent au moins l'un des principaux opioïdes. La fabrication et le commerce de pentazocine, autre analgésique synthétique important placé sous contrôle en vertu de la Convention de 1971, sont nettement moins élevés et n'ont pas connu d'évolution comparable. Si la fabrication et le commerce enregistrent des fluctuations, on n'observe pas de progression régulière.

## D. Offre de stimulants placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971

38. Les stimulants inscrits au Tableau II sont fabriqués dans une dizaine de pays et importés par 90 autres pays. On a enregistré des taux de croissance de la fabrication particulièrement élevés ces 20 dernières années pour le méthylphénidate (multiplié par 16) et la dexamfétamine (multiplié par 2,5), alors que la fabrication d'amfétamine<sup>18</sup> recule depuis le niveau record atteint en 1998. Le commerce international de stimulants inscrits au Tableau II a lui aussi augmenté, davantage pour le méthylphénidate que pour les amphétamines. Ces 10 dernières années, la fabrication et le commerce de stimulants inscrits au Tableau IV, principalement utilisés comme anorexigènes pour le traitement de l'obésité, sont restés plutôt stables. Le niveau de fabrication pour l'ensemble du groupe, qui comprend 14 substances, exprimé en S-DDD, est inférieur à celui des principaux opioïdes.

## E. Offre de benzodiazépines et de barbituriques placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971

39. Après avoir enregistré des taux de croissance élevés il y a 20 ans, la fabrication et le commerce d'anxiolytiques et de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine stagnent à un niveau qui oscille entre 20 et 30 milliards de S-DDD pour les anxiolytiques, et entre 5 et 9 milliards de S-DDD pour les sédatifs hypnotiques. La fabrication de barbituriques est elle aussi restée stable ces 10 dernières années. Des différences sensibles subsistent entre les régions pour ce qui est du commerce international d'anxiolytiques et de sédatifs hypnotiques. Dans certaines régions qui n'ont toujours déclaré que de faibles importations (surtout des pays d'Afrique, mais aussi certaines régions d'Asie), on a noté une nouvelle baisse des échanges. Les deux substances psychotropes qui génèrent le plus d'échanges, en termes de nombre de pays importateurs, sont le diazépam, anxiolytique de type benzodiazépine, et le phénobarbital, un barbiturique, qui sont tous deux importés par plus de 160 pays. La substance psychotrope dont la fabrication (exprimée en S-DDD) est la plus importante est l'alprazolam, anxiolytique de type benzodiazépine.

<sup>18</sup> La plupart des substances inscrites aux Tableaux de la Convention de 1971 y figurent sous leur dénomination commune internationale (DCI). Le système de DCI a été mis au point par l'OMS pour faciliter l'identification des substances pharmaceutiques ou des principes actifs pharmaceutiques. (Ces dénominations sont utilisées dans le rapport technique de l'OICS sur les substances psychotropes.) En l'absence de DCI, les substances sont énumérées dans les Tableaux sous leur nom commun ou vulgaire. Pour la plupart des personnes de langue maternelle française, la DCI d'un grand nombre de substances inscrites au Tableau II de la Convention de 1971 peut paraître mal orthographiée: amfétamine, dexamfétamine, lévamfétamine, méthamfétamine, racémate de méthamfétamine. Dans le présent rapport, on a utilisé le nom commun ou vulgaire de ces substances, qui est plus courant: amphétamine, dexamphétamine, lévamphétamine, méthamphétamine, racémate de méthamphétamine.



# IV

## Disponibilité de médicaments contenant des substances placées sous contrôle international

40. L'existence de quantités suffisantes de matières premières opiacées produites licitement et de produits finals fabriqués à partir de ces matières premières ainsi que la production croissante de substances psychotropes n'impliquent pas nécessairement une offre adéquate de médicaments contenant ces substances pour l'utilisateur final qu'est le patient. L'accès aux médicaments à base d'opioïdes, ainsi qu'à d'autres médicaments contenant des substances placées sous contrôle international, est limité, voire quasiment inexistant, dans de nombreux pays. Cette différence est régulièrement évoquée non seulement par l'OICS, mais aussi par la Commission des stupéfiants.

41. Comme mentionné plus haut, la Commission des stupéfiants rappelait, dans sa résolution 53/4 intitulée "Assurer une disponibilité suffisante de drogues licites placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite", la Convention de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972 et la Convention de 1971, notant que ces deux instruments reconnaissaient que les substances placées sous contrôle international étaient indispensables pour l'usage médical et la recherche. Cette résolution rappelait également que l'offre de ces substances ne devait faire l'objet d'aucune restriction injustifiée et qu'il fallait veiller à en assurer la disponibilité à des fins médicales et scientifiques.

42. Dans cette même résolution, la Commission invitait l'OICS à inclure dans son rapport annuel pour 2010 des informations sur la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes utilisés à des fins médicales et scientifiques dans le monde, y compris une analyse des obstacles qui limitaient leur disponibilité et les mesures à prendre pour les surmonter, ainsi que toute information précise disponible sur les progrès réalisés par les pays à cet égard. Conformément à cette résolution, l'OICS a analysé l'évolution mondiale et les caractéristiques régionales de la consommation des analgésiques opioïdes, en se fondant sur les statistiques communiquées par les gouvernements. Il a également analysé l'évolution mondiale et les caractéristiques régionales de la consommation de substances psychotropes<sup>19</sup>.

43. Afin de montrer les écarts entre les régions, ainsi qu'entre les pays des différentes régions, le rapport technique de l'OICS sur les stupéfiants présente des tableaux régionaux sur les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes, en plus du tableau mondial relatif à la consommation moyenne de stupéfiants (tableau XIV du rapport technique sur les stupéfiants). Les gouvernements sont priés de fournir à l'OICS, dans leurs statistiques annuelles sur les stupéfiants, des données relatives à cette consommation. Les pays recueillent ces données depuis de nombreuses années, mais n'ont pas tous mis au point des méthodes appropriées pour évaluer leurs besoins. L'OICS a créé la

<sup>19</sup> Calculée à partir des statistiques qui lui sont communiquées sur la fabrication, les importations, les exportations et les stocks.

notion de “doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques (S-DDD) consommées par million d’habitants et par jour”, notion qu’il utilise pour réunir et comparer les statistiques sur la consommation de substances de puissance différente, telles que les analgésiques opioïdes.

44. En l’absence de compromis des experts sur ce qui constitue des niveaux appropriés de consommation, l’OICS a défini en interne, à des fins administratives, des normes minimales qu’il utilise pour examiner les évaluations des besoins annuels en stupéfiants fournies par les pays. Il a déterminé les niveaux de consommation qu’il jugeait insuffisants (consommation d’analgésiques opioïdes en quantités comprises entre 100 et 200 S-DDD par million d’habitants et par jour) ou très insuffisants (consommation en quantités égales ou inférieures à 100 S-DDD). Si l’on utilisait ces valeurs comme référence, 21 pays auraient des niveaux de consommation insuffisants et près de 100 autres, pour la plupart en Afrique, des niveaux très insuffisants. En mai 2004, l’OICS a apporté, aux règles d’établissement des évaluations, une modification qui lui permettait d’augmenter les évaluations de certains stupéfiants essentiels lorsqu’il estimait qu’elles étaient indûment faibles.

45. Dans sa résolution 53/4, la Commission des stupéfiants invitait l’OICS à lui présenter des informations sur la consommation de substances psychotropes utilisées à des fins médicales et scientifiques dans le monde afin d’en assurer une disponibilité suffisante. Les gouvernements, cependant, ne sont pas tenus de communiquer des données sur la consommation de substances psychotropes. Par le passé, l’OICS a jugé utile de calculer la consommation approximative de ces substances à partir des statistiques annuelles qui lui étaient fournies à cet égard par les gouvernements, afin de dégager des tendances à l’échelle mondiale et, lorsque les données semblaient cohérentes et fiables, de détecter les modes de consommation inhabituels. Comme l’indique l’OICS dans son rapport technique sur les substances psychotropes, il convient de faire preuve de discernement pour tirer des conclusions sur le niveau réel de consommation à l’échelle mondiale, ainsi que dans certains pays, car les données communiquées par les gouvernements sur la fabrication et le commerce de substances psychotropes peuvent être incomplètes ou ne pas couvrir toutes les substances. Les niveaux de consommation calculée sont souvent particulièrement inexacts dans les pays fabricants. Les niveaux de consommation calculée sont publiés au tableau IV du rapport technique sur les substances psychotropes.

46. Par le passé, l’analyse des niveaux de consommation calculée de substances psychotropes s’est souvent polarisée sur des niveaux régulièrement élevés qui n’étaient peut-être pas justifiés sur le plan médical et risquaient de donner lieu à des détournements et à un usage illicite des substances en question. L’OICS était conscient, cependant, de ce que les très faibles niveaux de consommation observés dans certains pays pouvaient être le signe que ces substances y étaient quasiment inaccessibles pour certains groupes de population et que, tout comme des médicaments de contrefaçon censés en contenir, elles étaient parfois vendues sur des marchés parallèles pour couvrir les besoins qui n’étaient pas satisfaits. On notera également que les niveaux de consommation de substances psychotropes varient beaucoup d’un pays et d’une région à l’autre en raison de la diversité des pratiques médicales et des différents usages suivis en matière de prescription. Il faut faire preuve d’une grande prudence lorsqu’on effectue des comparaisons entre pays et régions car, pour certaines substances psychotropes, d’autres substances psychotropes ou non psychotropes peuvent être utilisées comme substituts, facteur qui doit être pris en compte lorsque l’on examine la disponibilité de ces substances.

47. L'OICS note qu'à de nombreuses reprises les gouvernements ont renforcé le régime international de contrôle des substances psychotropes en acceptant de lui fournir des données supplémentaires, notamment des évaluations des besoins annuels de ces substances et des renseignements détaillés sur le commerce des substances inscrites aux Tableaux III et IV de la Convention de 1971 et sur les stocks détenus par les fabricants. Ces données n'ayant pas été jugées essentielles lors de l'adoption de ladite Convention, c'est le Conseil économique et social qui a rendu obligatoires, par le biais de diverses résolutions<sup>20</sup>, la collecte et la présentation à l'OICS des informations supplémentaires susmentionnées. Bien que tous les États n'en communiquent pas encore, l'OICS se félicite que la plupart des gouvernements se conforment aux résolutions du Conseil économique et social, et propose une formation aux autorités nationales chargées de remplir et de retourner les formulaires.

48. L'OICS est d'avis que le moment est de nouveau venu, pour les gouvernements, de convenir de lui fournir volontairement des informations qui n'étaient pas prévues dans la Convention de 1971, mais qui jouent un rôle essentiel dans l'application de la résolution 53/4 de la Commission des stupéfiants, et qui lui permettront d'analyser les tendances de la consommation de substances psychotropes. Des données fiables à ce sujet seront également nécessaires pour évaluer l'efficacité des mesures prises en application de ladite résolution. C'est pourquoi l'OICS recommande vivement aux gouvernements d'envisager de lui fournir des données sur la consommation de substances psychotropes, pour lui permettre d'appliquer la résolution 53/4 et, en définitive, d'assurer une disponibilité suffisante des substances psychotropes utilisées à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite.

49. Pour les raisons exposées ci-dessus, la qualité des données relatives à la consommation de substances psychotropes n'est pas comparable à celle des données relatives à la consommation de stupéfiants. Il est par conséquent plus difficile d'effectuer une analyse valable des niveaux de consommation pour les substances psychotropes. Dans la plupart des pays, qui plus est, on utilise bien plus, à des fins médicales, les substances psychotropes que les stupéfiants. Pour analyser les modes de consommation de substances psychotropes, par conséquent, l'OICS utilise la notion de S-DDD consommées par million d'habitants et par jour pour réunir et comparer les statistiques sur la consommation de substances de puissance différente. C'est pourquoi on trouvera ci-après des informations sur les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes, sur les analgésiques placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971 et sur d'autres groupes de substances psychotropes.

50. S'agissant de l'adéquation des niveaux de consommation des substances psychotropes, la situation est la même que pour les stupéfiants: il n'existe pas, parmi les experts, de consensus sur le niveau de consommation par habitant des différents groupes de substances psychotropes censé correspondre à une "disponibilité suffisante".

51. Dans sa résolution 53/4, la Commission des stupéfiants a affirmé que les conventions internationales relatives au contrôle des drogues visaient à la fois à assurer la disponibilité de stupéfiants et de substances psychotropes placés sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques et à empêcher leur détournement et leur usage illicite. Dans la même résolution, elle

<sup>20</sup>Résolutions 1981/7, 1985/15, 1987/30 et 1991/44.

reconnaissait qu'une augmentation de l'offre licite de substances placées sous contrôle international pouvait accroître le risque de détournement et d'usage illicite de ces substances. Le présent supplément donne, pour certains groupes de substances, des informations sur les niveaux de consommation qui peuvent être jugés trop élevés. Il apparaît que, dans quelques pays où la consommation est élevée, les stupéfiants analgésiques constituent le principal problème de drogue et que l'usage illicite des médicaments de prescription va croissant.

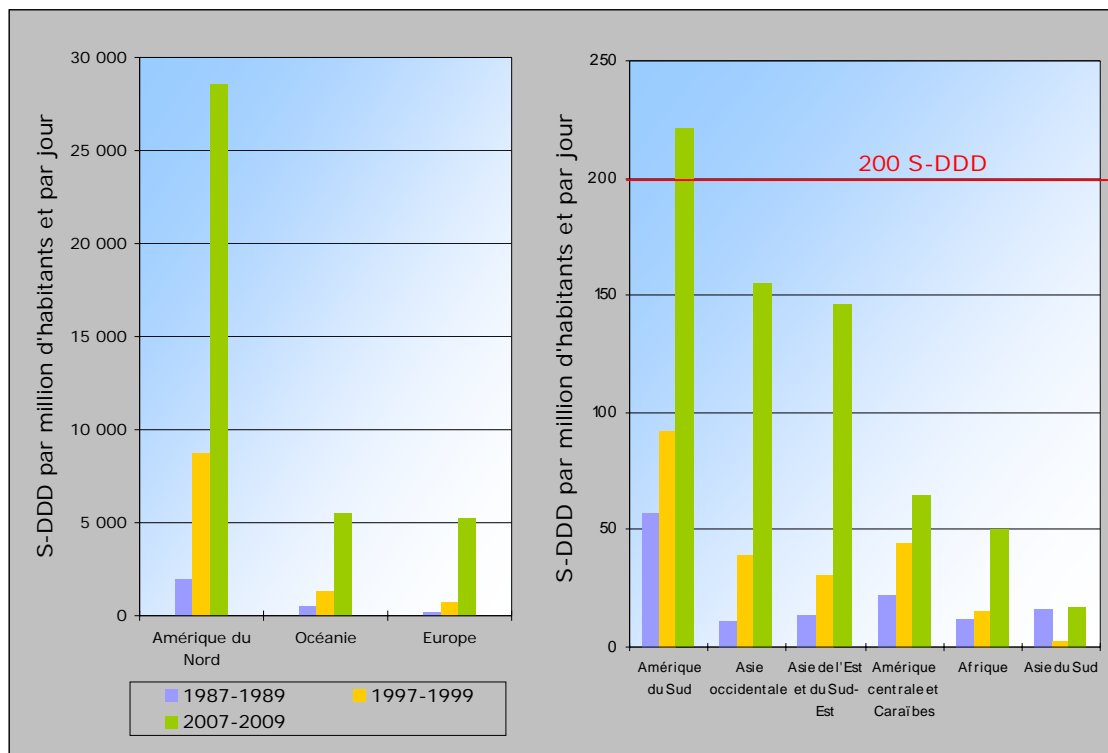
## **A. Disponibilité d'analgésiques opioïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1961**

52. Entre 1989 et 2009, la consommation mondiale d'analgésiques opioïdes utilisés pour le traitement de la douleur modérée à forte a considérablement augmenté. Pendant cette période, par exemple, la consommation mondiale de morphine a septuplé. Cette hausse a été encore plus marquée pour certains opioïdes placés sous contrôle international tels que le fentanyl (consommation multipliée par 100) et l'oxycodone (consommation multipliée par 26). Elle a été nettement plus importante dans certaines régions que dans d'autres<sup>21</sup>. Au sein d'une même région, elle a été plus importante dans certains pays que dans d'autres, et les niveaux de consommation sont restés très différents d'un pays à l'autre. Les niveaux de consommation dans les régions, pays et territoires figurent dans les tableaux de l'annexe I.

---

<sup>21</sup> Les figures 3 à 13 renseignent sur l'évolution des niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes dans le monde et dans les régions au cours des 20 dernières années. En raison des différences importantes relevées dans les niveaux de consommation, des échelles différentes ont été utilisées.

Figure 3. Toutes régions: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1987-1989, 1997-1999 et 2007-2009



53. Les niveaux les plus élevés de consommation d'analgésiques opioïdes ont été enregistrés dans les pays d'Amérique du Nord et d'Europe, ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. Dans une grande partie des pays d'Europe et d'Amérique du Nord, ces niveaux ont considérablement augmenté entre 2000 et 2009. Le Canada et les États-Unis avaient les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes les plus élevés du monde. Ces deux pays ont enregistré une progression constante de leur consommation entre 1989 et 2009, avec des niveaux qui ont atteint près de 40 000 S-DDD par million d'habitants et par jour aux États-Unis et plus de 20 000 S-DDD au Canada, contre 85 S-DDD au Mexique.

54. En Europe, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes utilisés pour le traitement de la douleur ont aussi considérablement augmenté entre 2000 et 2009. Cependant, on relève toujours d'importants écarts entre les niveaux de consommation des pays. Les deux pays qui occupent la tête du classement, à savoir l'Allemagne et l'Autriche, ont signalé une consommation d'environ 20 000 et 16 000 S-DDD par million d'habitants et par jour, respectivement. Cinq autres pays ont signalé des niveaux de consommation supérieurs à 10 000 S-DDD par million d'habitants et par jour, et 21 des niveaux compris entre 1 000 et 10 000 S-DDD. Dans certains pays de la région, situés principalement en Europe de l'Est et du Sud-Est, ces niveaux n'ont que légèrement augmenté, ou même reculé. Dans trois pays (Biélorus, Fédération de Russie et Roumanie), la consommation s'est établie à moins de 200 S-DDD par million d'habitants et par jour<sup>22</sup>. Quatre pays ont signalé des niveaux de

<sup>22</sup>Stupéfiants: Évaluations des besoins mondiaux pour 2011 – Statistiques pour 2009 (voir note 16 ci-dessus), tableau XIV.

consommation inférieurs à 100 S-DDD (Albanie, ex-République yougoslave de Macédoine, République de Moldova et Ukraine).

Figure 4. Amérique du Nord: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009

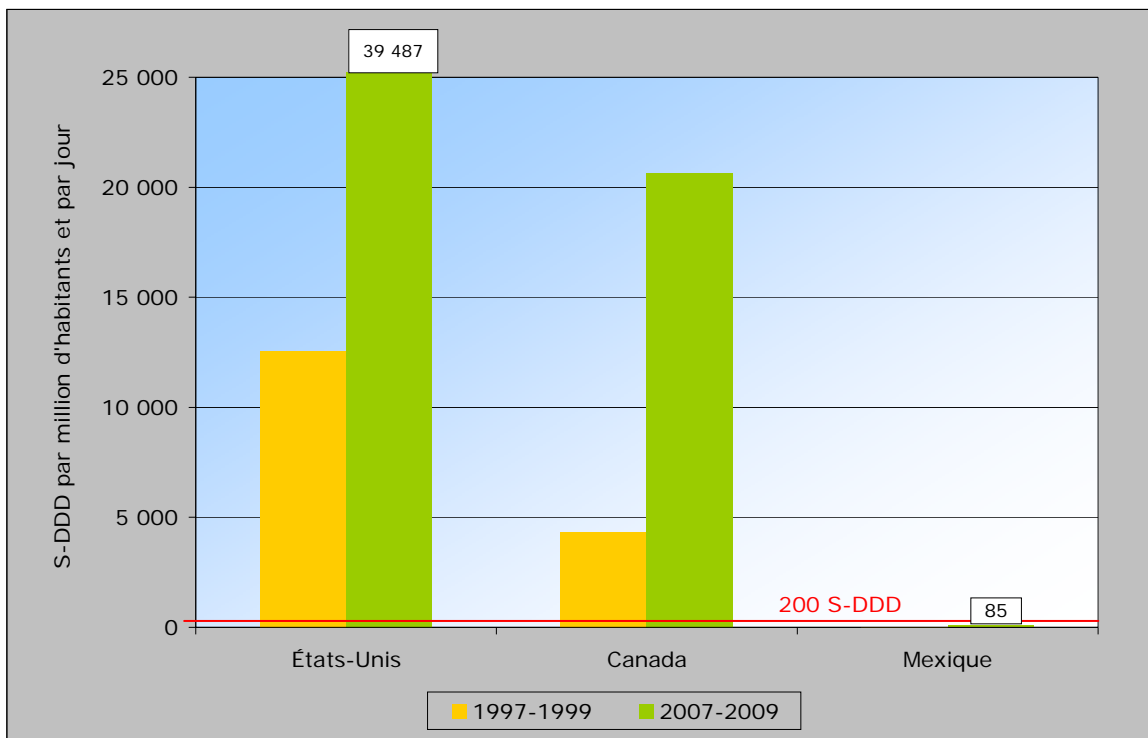
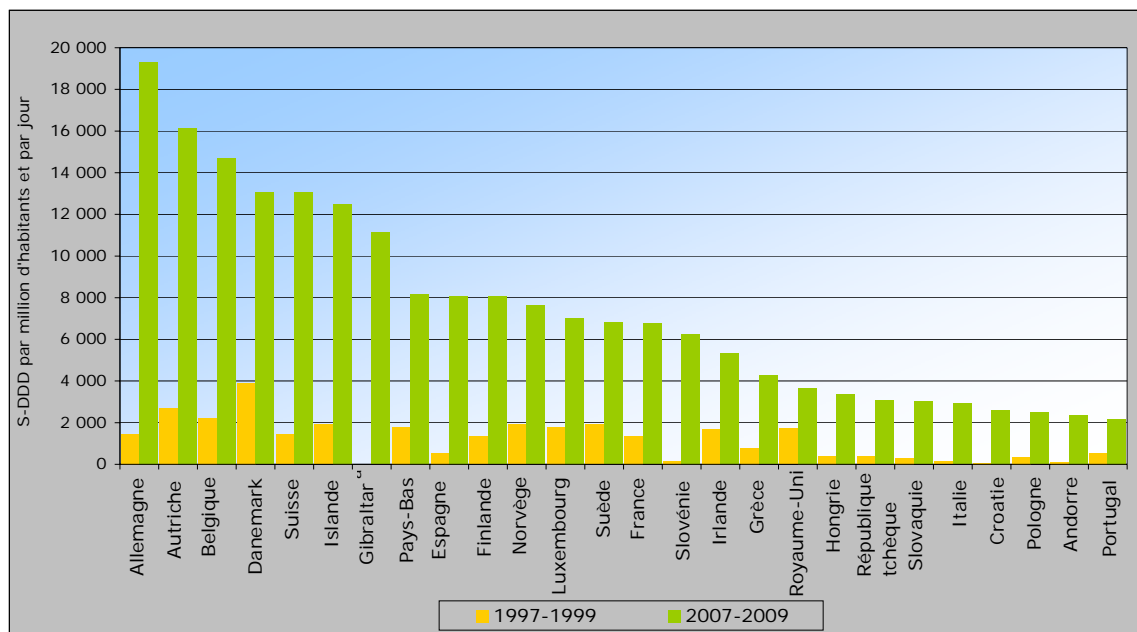
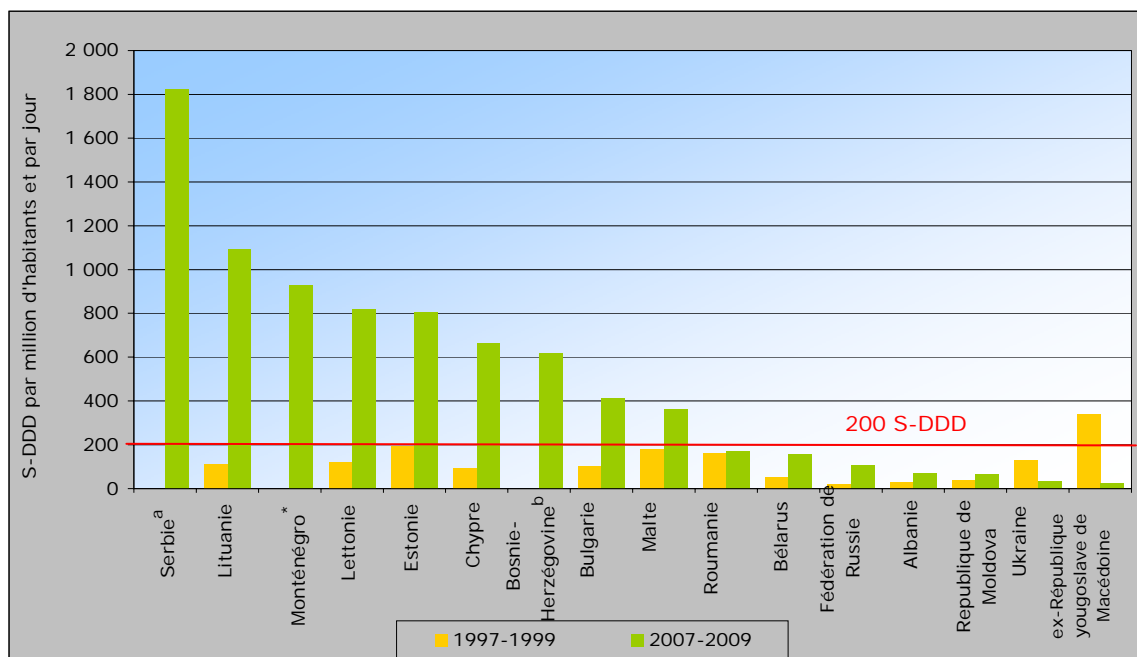


Figure 5a. Europe (pays à consommation élevée): consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009



<sup>a</sup> Données non disponibles, le territoire n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999.

Figure 5b. Europe (pays à faible consommation): consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009



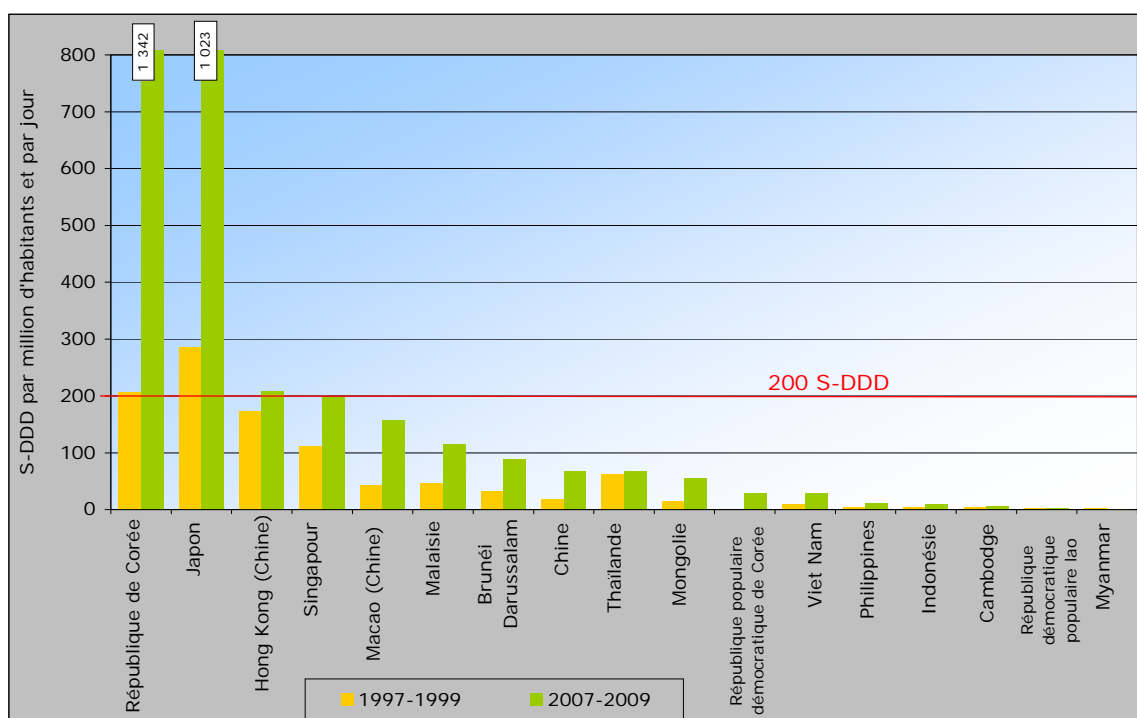
<sup>a</sup> Données non disponibles pour 1997 à 1999, le pays n'ayant pas été admis comme État Membre de l'Organisation des Nations Unies avant 2006.

<sup>b</sup> Données non disponibles, le pays n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999.

55. La consommation d'analgésiques opioïdes a aussi sensiblement augmenté entre 2000 et 2009 dans certains pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est, d'Asie occidentale, d'Amérique du Sud et d'Océanie. Malgré ces hausses, elle est restée relativement faible dans tous les pays de ces régions.

56. En Asie de l'Est et du Sud-Est, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes se sont établis, dans 65 % des pays de la région, entre 2007 et 2009, à moins de 100 S-DDD par million d'habitants et par jour. Les niveaux de consommation les plus élevés ont été enregistrés au Japon et en République de Corée, les deux pays de la région qui ont signalé les hausses les plus marquées de la consommation cette dernière décennie (avec plus de 1 000 S-DDD par million d'habitants et par jour). Dans la plupart des pays de la région, cependant, les niveaux de consommation n'ont que légèrement augmenté. Plus de 80 % des pays ont signalé des niveaux de consommation inférieurs à 200 S-DDD. Au Cambodge, en Indonésie, au Myanmar et en République démocratique populaire lao, ils étaient inférieurs à 10 S-DDD par million d'habitants et par jour. Aucune consommation d'analgésiques opioïdes n'a été signalée au Timor-Leste.

**Figure 6. Asie de l'Est et du Sud-Est: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009**

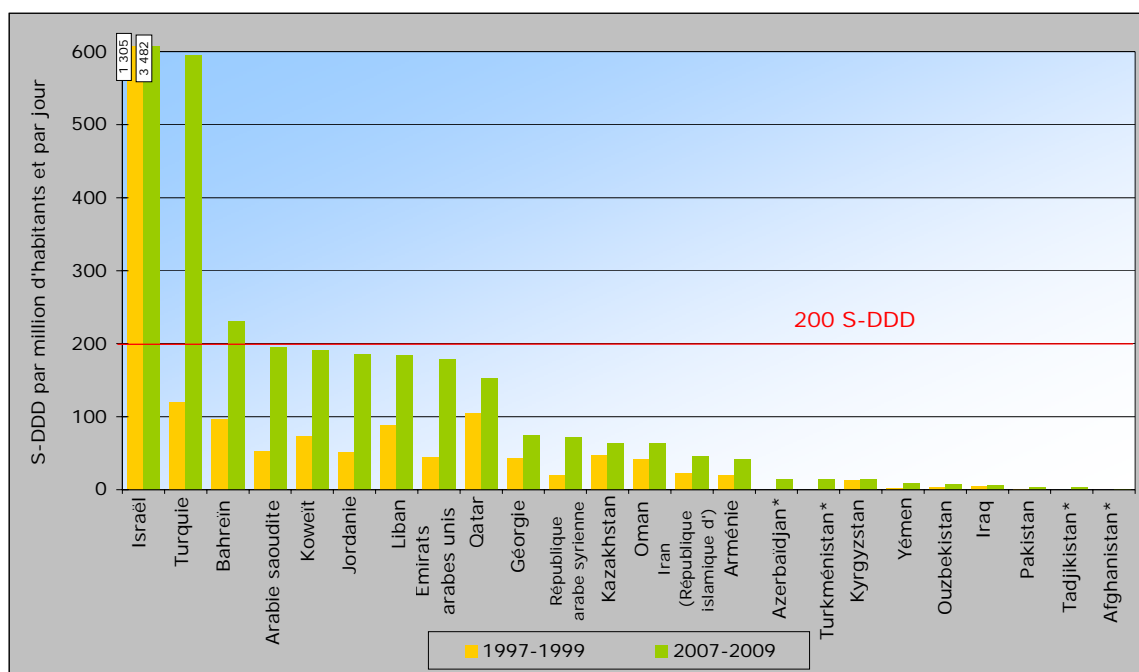


57. En Asie occidentale, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes se sont établis, dans plus de 60 % des pays de la région, entre 2007 et 2009, à moins de 100 S-DDD par million d'habitants et par jour. En Israël, ils étaient sensiblement plus élevés que dans les autres pays de la région et ont régulièrement augmenté sur une période de 20 ans, pour atteindre plus de 3 000 S-DDD par million d'habitants et par jour entre 2007 et 2009. Les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes utilisés pour le traitement de la douleur ont considérablement augmenté entre 2000 et 2009 à Bahreïn et en Turquie. La consommation a augmenté, mais est restée inférieure à 200 S-DDD en Arabie



saoudite, dans les Émirats arabes unis, en Jordanie, au Koweït, au Liban et au Qatar. En Afghanistan, en Iraq, au Pakistan, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et au Yémen, ils étaient, en 2009, inférieurs à 10 S-DDD par million d'habitants et par jour.

**Figure 7. Asie occidentale: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009**



\* Données non disponibles, le pays n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999.

58. En Amérique du Sud, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes se sont établis à moins de 100 S-DDD par million d'habitants et par jour dans plus de la moitié des pays entre 2000 et 2009, même si, de manière générale, ils ont sensiblement augmenté dans la région. Dans la moitié environ des pays de la région, la consommation a plus que doublé pendant cette période. Ce sont les îles Falkland (Malvinas) qui, entre 2007 et 2009, ont signalé le niveau de consommation le plus élevé, avec 4 283 S-DDD par million d'habitants et par jour. L'Argentine et le Chili ont signalé des niveaux de consommation supérieurs à 400 S-DDD. En Bolivie (État plurinational de) et au Guyana, la consommation n'a pas dépassé 10 S-DDD par million d'habitants et par jour.

59. En Océanie, la situation, en ce qui concerne la consommation d'analgésiques opioïdes dans les différents pays, est très contrastée. Dans 6 (40 %) des 15 pays qui ont communiqué des informations, les niveaux de consommation sont inférieurs à 100 S-DDD par million d'habitants et par jour. Dans 7 autres (47 %), en revanche, la consommation est supérieure à 1 000 S-DDD. Les niveaux de consommation en Australie entre 2007 et 2009 (plus de 8 000 S-DDD) ont été sensiblement supérieurs à ceux des autres pays de la région. Malgré une augmentation sensible des niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes dans les Îles Marshall, à Nauru, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Samoa, aux Tonga et à Vanuatu, les niveaux de consommation sont restés faibles (moins de 100 S-DDD par million d'habitants et par jour).

Figure 8. Amérique du Sud: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009

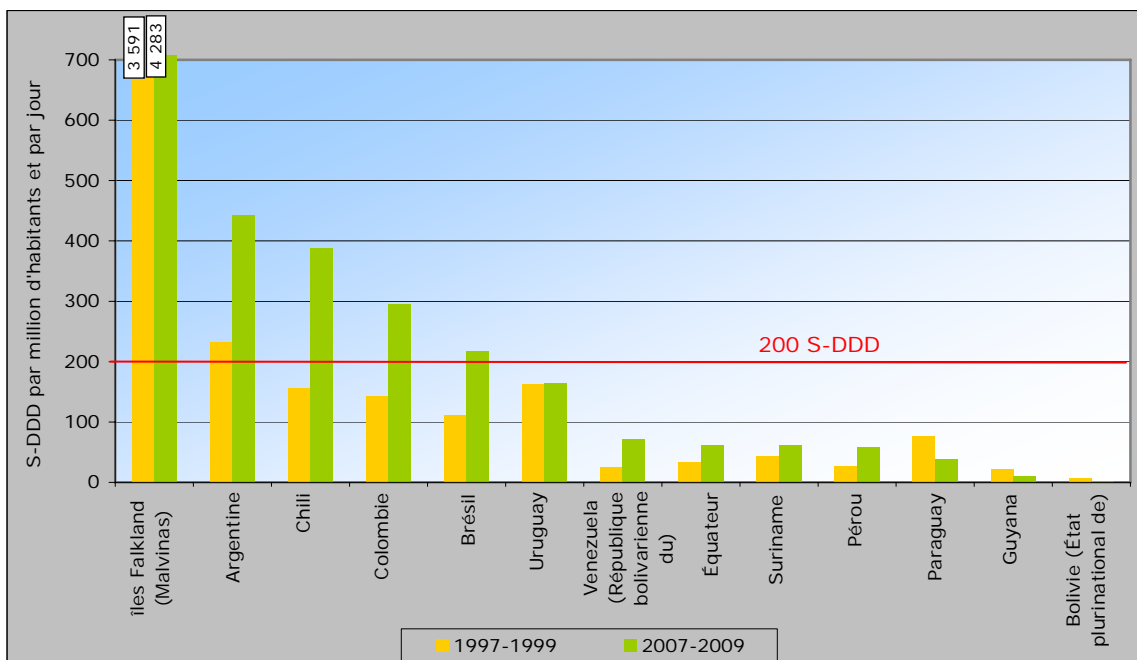
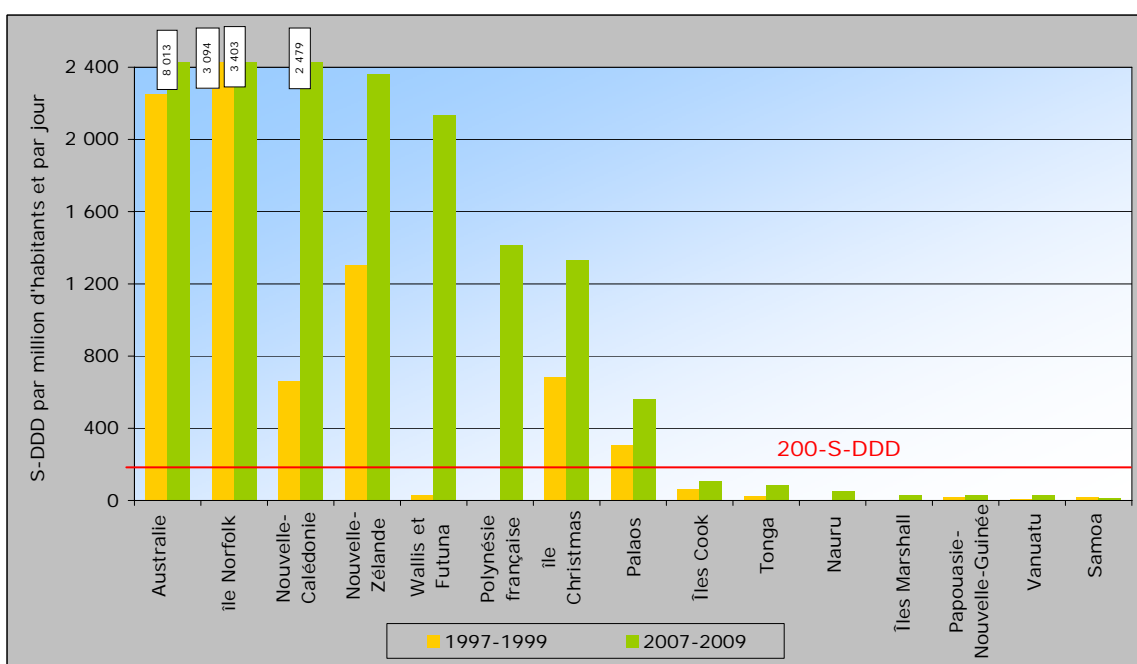


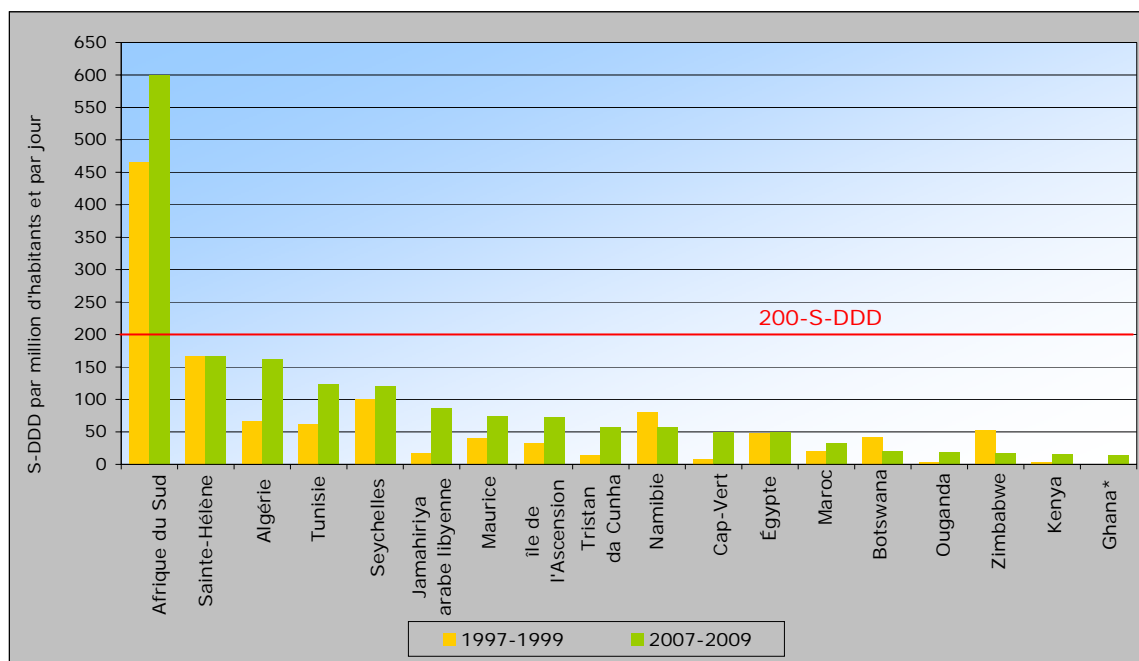
Figure 9. Océanie: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009



60. Contrairement à l'évolution de la situation observée dans les régions susmentionnées, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes en Afrique, en Amérique centrale et dans les Caraïbes ainsi qu'en Asie du Sud n'ont pas sensiblement augmenté entre 2000 et 2009. De légères hausses ont été observées dans quelques pays de chacune de ces trois régions. De ce fait, dans la vaste majorité des pays, la consommation d'analgésiques opioïdes s'est établie à moins de 100 S-DDD par million d'habitants et par jour et, dans un grand nombre de ces pays, à moins de 10 S-DDD.

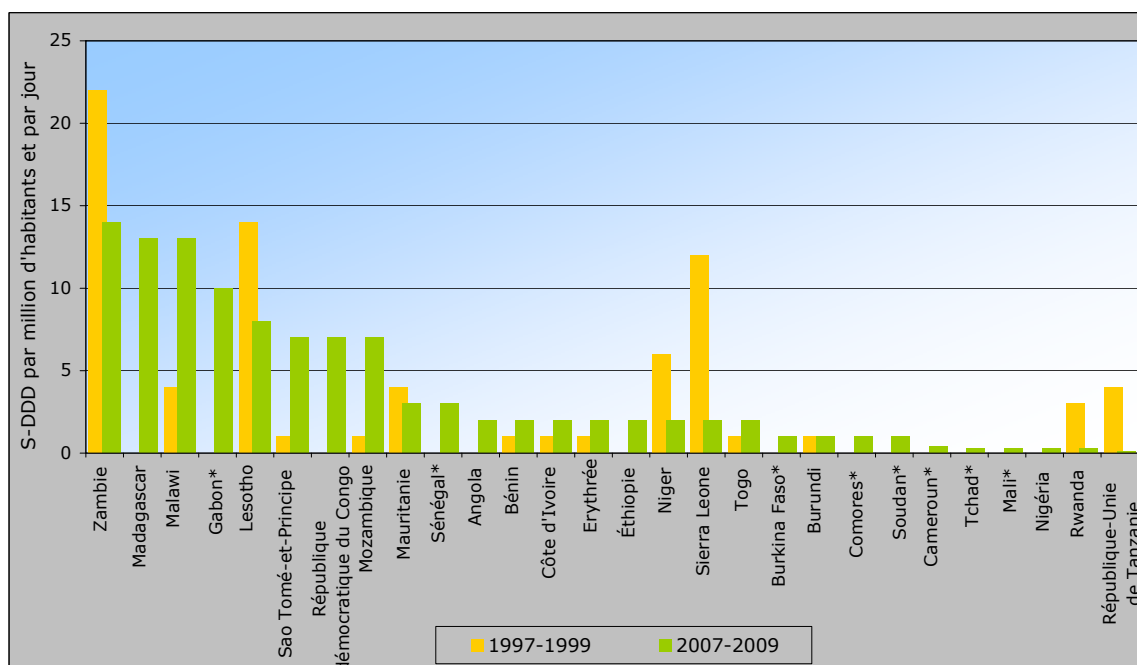
61. L'Afrique est restée la région qui affiche les plus faibles niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes. Seul un pays a signalé une consommation supérieure à 200 S-DDD par million d'habitants et par jour, quatre autres signalant une consommation supérieure à 100 S-DDD. Dans près de 90 % des pays de la région, cette consommation s'est établie à moins de 100 S-DDD par million d'habitants et par jour, et près de la moitié des pays ont signalé des niveaux inférieurs à 5 S-DDD. La consommation n'a sensiblement augmenté que dans quelques pays de la région, et elle a diminué dans plusieurs autres. L'Afrique du Sud connaît actuellement les niveaux les plus élevés de consommation à l'échelle de la région, avec une moyenne de 600 S-DDD par million d'habitants et par jour. Dans six pays (Cameroun, Mali, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Tchad), la consommation moyenne d'analgésiques opioïdes s'est établie à moins de 1 S-DDD par million d'habitants et par jour. Aucune consommation d'analgésiques opioïdes n'a été signalée au Congo, à Djibouti, en Gambie, en Guinée, en Guinée Bissau, en Guinée équatoriale, au Libéria, en République centrafricaine, en Somalie et au Swaziland.

**Figure 10a. Afrique (pays à consommation élevée): consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009**



\* Données non disponibles, le pays n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999.

**Figure 10b. Afrique (pays à faible consommation): consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009**



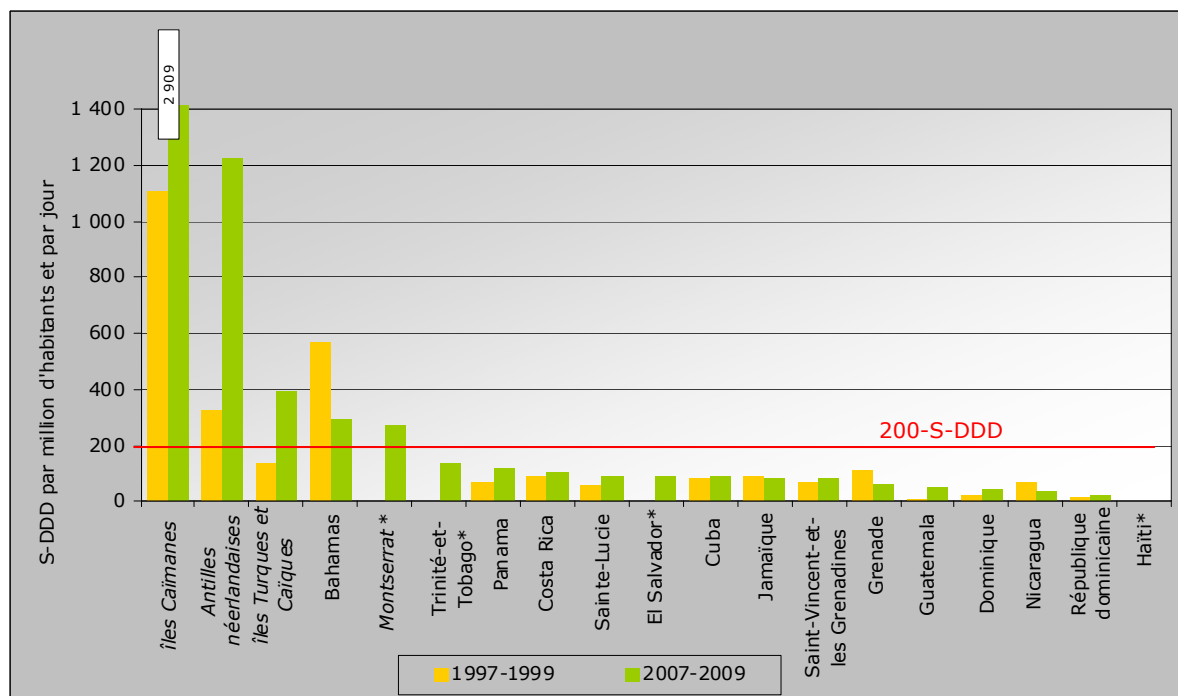
\* Données non disponibles, le pays n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999.

62. En Amérique centrale et dans les Caraïbes, les niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes sont restés relativement faibles entre 1989 et 2009. Plus de la moitié des pays de la région ont signalé des niveaux inférieurs à 100 S-DDD par million d'habitants et par jour entre 2007 et 2009. Seules les Îles Caïmanes et les Antilles néerlandaises ont signalé une consommation supérieure à 1 000 S-DDD par million d'habitants et par jour. Haïti a signalé une consommation moyenne de 2 S-DDD par million d'habitants et par jour. Aucune consommation d'analgésiques opioïdes n'a été signalée à Anguilla, à Antigua-et-Barbuda, à Aruba, à la Barbade, au Belize, au Honduras, aux îles Vierges britanniques et à Saint-Kitts-et-Nevis.

63. Entre 2007 et 2009, tous les pays d'Asie du Sud ont signalé des niveaux de consommation très faibles. Le niveau de consommation le plus élevé a été signalé par Sri Lanka, avec 26 S-DDD par million d'habitants et par jour. Le Bhoutan a été le seul autre pays à avoir signalé un niveau de consommation supérieur à 20 S-DDD. Le Bangladesh et le Népal ont signalé une consommation inférieure à 10 S-DDD.

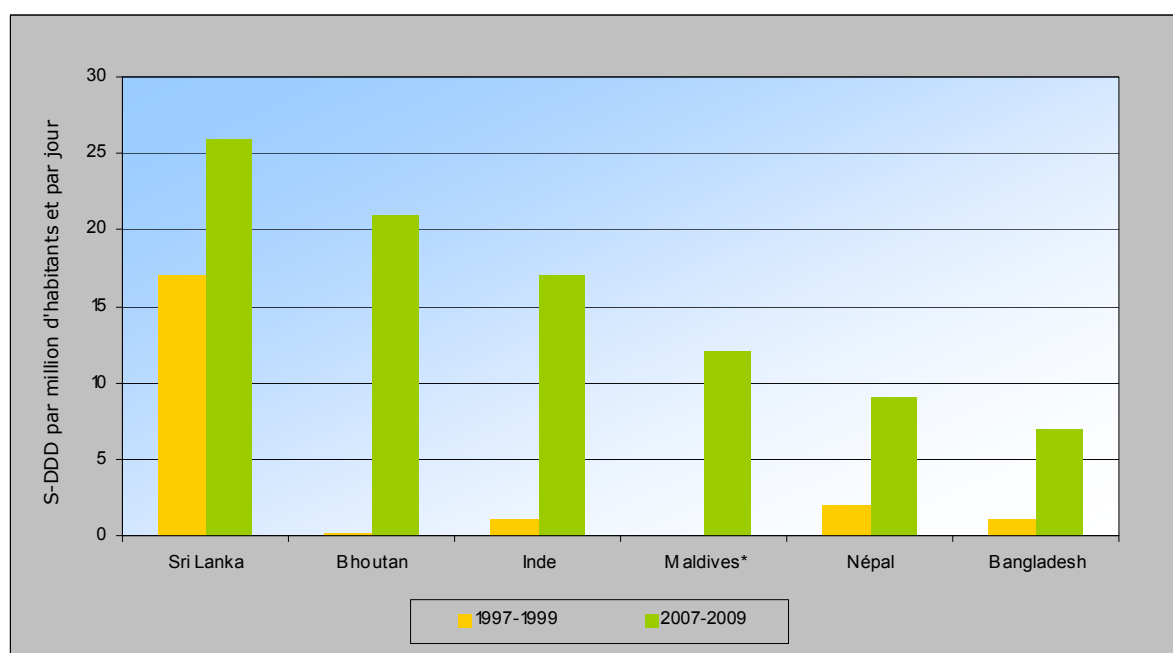
64. Comme il ressort des paragraphes ci-dessus, il continue de subsister, dans la consommation d'opioïdes, d'importantes disparités entre les pays. Les analgésiques opioïdes placés sous contrôle international ne sont toujours pas disponibles en quantités suffisantes pour satisfaire les besoins médicaux de la population de nombreux pays du monde, y compris de plusieurs pays comptant une population très importante, comme l'Inde et le Nigéria. Dans certains autres pays, cependant, une prescription excessive et la disponibilité d'analgésiques opioïdes en quantités supérieures à celles requises pour assurer un traitement médical de qualité risquent de donner lieu à des détournements et à l'usage illicite de ces substances, ce que certains pays constatent déjà.

Figure 11. Amérique centrale et Caraïbes: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009



\* Données non disponibles, le pays ou territoire n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999

Figure 12. Asie du Sud: consommation moyenne d'analgésiques opioïdes, 1997-1999 et 2007-2009



\* Données non disponibles, le pays n'ayant pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives 1997 à 1999

## B. Opiïdes placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971

65. La buprénorphine, la léfétamine et la pentazocine sont les analgésiques placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971. La consommation de buprénorphine, analgésique opioïde inscrit au Tableau III de cette Convention, a représenté plus de 99 % de la consommation mondiale d'analgésiques en 2009. La consommation calculée de buprénorphine a fortement augmenté entre 1990 et 2009, bien que les données disponibles ne soient pas suffisamment précises pour calculer le niveau de consommation de chacun des grands pays fabricants et consommateurs. Il y a 20 ans, la buprénorphine n'était utilisée que dans 12 pays, dont aucun en Afrique ou en Océanie. Entre 2007 et 2009, elle a été utilisée dans quelque 75 pays ou territoires, représentant chaque région, soit environ 35 % des pays et territoires. Cette évolution est attribuable à l'augmentation de l'utilisation de cette substance à de plus fortes doses pour la prise en charge de la douleur et le traitement de substitution. Les niveaux les plus élevés de consommation de buprénorphine sont observés en Allemagne, en Australie, en Belgique, aux États Unis, en France, en Norvège et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. L'Europe a régulièrement été la région qui affiche les niveaux les plus élevés de consommation de buprénorphine.

66. Les données disponibles sur l'utilisation d'analgésiques ne permettent pas de recenser les pays qui présentent des modes de consommation problématiques (niveaux de consommation trop faibles ou trop élevés), principalement en raison des difficultés liées à la communication d'informations mentionnées ci-dessus, mais aussi parce que certains stupéfiants (par exemple, tout analgésique opioïde utilisé pour la prise en charge la douleur, ou la méthadone utilisée pour le traitement de substitution) peuvent servir de substitut à la buprénorphine et sa disponibilité doit alors être évaluée au regard de la disponibilité de ces substances. Des détournements de buprénorphine des circuits de distribution nationaux, avant tout des programmes de traitements de substitution, continuent d'être observés.

67. La pentazocine est un analgésique opioïde dont les propriétés et les utilisations sont semblables à celles de la morphine; elle est inscrite au Tableau III de la Convention de 1971. Entre 2005 et 2009, la consommation mondiale calculée de cette substance a légèrement augmenté. Contrairement à la consommation de buprénorphine, celle de pentazocine ne se propage pas à d'autres pays; au cours de la dernière décennie, ce sont les mêmes pays (50) qui l'ont utilisée, les États-Unis, l'Inde et le Pakistan représentant ensemble 80 % de la consommation mondiale entre 2007 et 2009

## C. Antiépileptiques

68. Le clonazépam (une benzodiazépine), le méthylphénobarbital et le phénobarbital sont les antiépileptiques placés sous contrôle en vertu de la Convention de 1971. Tous trois sont inscrits au Tableau IV de cette Convention. Outre leur utilisation pour le traitement de l'épilepsie, ils sont utilisés pour induire le sommeil. Les données communiquées à l'OICS ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure ces substances sont utilisées pour induire le sommeil et dans quelle

mesure elles le sont pour traiter l'épilepsie. La consommation de phénobarbital a représenté plus de 99 % de la consommation mondiale d'antiépileptiques en 2009.

69. La consommation calculée d'antiépileptiques a progressé entre 1990 et 2009. En 1990, l'utilisation de ces substances était signalée dans 120 pays à travers le monde. Depuis, elle s'est étendue à pratiquement tous les pays, le phénobarbital étant la substance psychotrope la plus largement consommée. Comme pour toutes les substances psychotropes, les niveaux de consommation calculée d'antiépileptiques établis sur la base des données communiquées à l'OICS ont un caractère très approximatif, car certains des grands fabricants et importateurs soumettent des données inexactes ou incohérentes. Les pays qui affichent les niveaux de consommation les plus élevés d'antiépileptiques sont la Bulgarie, la Lettonie et l'Ukraine. L'Europe a régulièrement été la région qui présente les niveaux de consommation les plus élevés de ces substances.

70. Au Bénin, les niveaux de consommation d'antiépileptiques (7 S-DDD par million d'habitants et par jour en 2008) sont beaucoup plus élevés que la moyenne relevée en Afrique, ce qui pourrait indiquer une disponibilité excessive liée à la non-application de l'obligation de délivrer une ordonnance prévue par la Convention de 1971, de même que la possibilité d'un détournement et d'un usage illicite. Les informations dont dispose l'OICS ne lui permettent pas de conclure si ces substances sont disponibles dans tous les pays en quantité suffisante, en particulier sous forme d'antiépileptiques. On retrouve parfois du phénobarbital détourné sur les marchés illicites, peut-être parce que cette substance n'est pas disponible sur les marchés licites dans les quantités requises. Des demandes formulées par des hôpitaux font apparaître que dans certains pays les quantités de phénobarbital importées à des fins médicales ne sont pas suffisantes.

#### **D. Stimulants inscrits au Tableau II de la Convention de 1971 qui sont utilisés pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention**

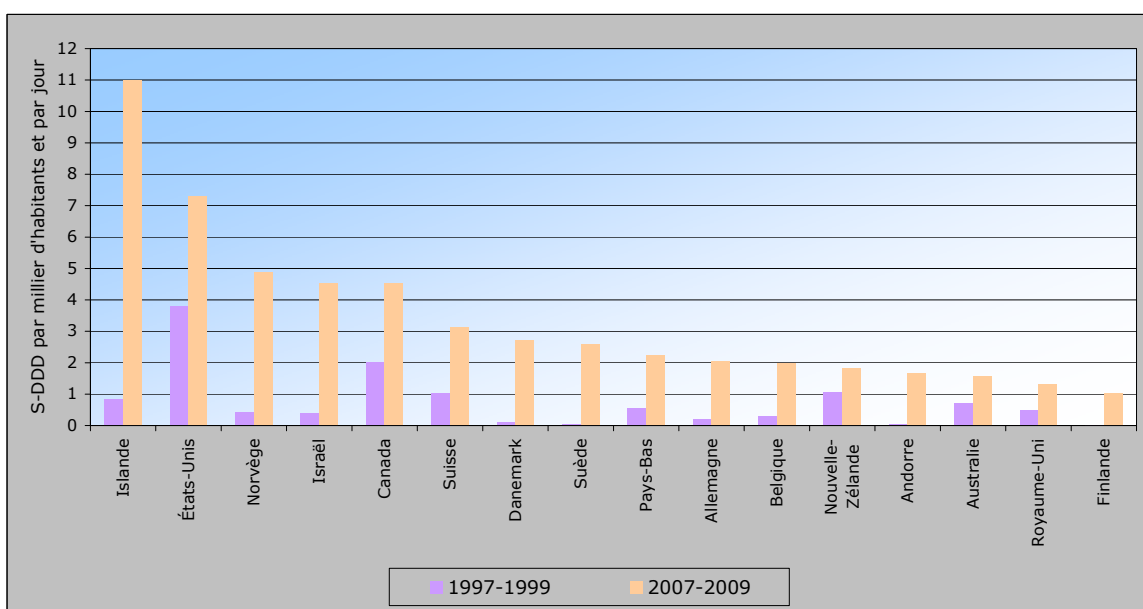
71. Le méthylphénidate, l'amphétamine et la dexamphétamine, substances du Tableau II de la Convention de 1971, sont essentiellement utilisés pour traiter le trouble déficitaire de l'attention et la narcolepsie. Pendant de nombreuses années, l'usage de ces substances à des fins médicales a surtout été répandu dans les Amériques. Ces dernières années, les niveaux les plus élevés de consommation de ces stimulants ont été relevés au Canada, aux États-Unis, en Israël et dans des pays d'Europe du Nord.

72. Le méthylphénidate est le stimulant du Tableau II de la Convention de 1971 le plus utilisé. Sa fabrication et son utilisation continuent de progresser. Entre 2005 et 2009, la consommation mondiale calculée de cette substance a augmenté de 30 % pour atteindre 40 tonnes, la plus grande partie revenant aux États-Unis. Dans ce pays, l'utilisation de méthylphénidate pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention continue d'être encouragée par des messages publicitaires visant des consommateurs potentiels, ce qui contrevient aux dispositions de la Convention de 1971. L'utilisation de méthylphénidate à cette fin a progressé dans de nombreux autres pays également, mais elle reste beaucoup plus répandue aux États-Unis que dans tous les autres pays réunis. Les pays autres que les

États-Unis représentaient ensemble moins de 20 % de la consommation mondiale calculée de méthylphénidate en 2000; cette proportion, cependant, est progressivement passée à 30 % en 2009.

73. Entre 2007 et 2009, une centaine de pays ou territoires ont signalé l'utilisation de méthylphénidate et 70 environ ont fait part de l'utilisation d'amphétamines. Les stimulants du Tableau II de la Convention de 1971 semblent ne pas être disponibles dans 50 % environ des pays et territoires. Depuis 2007, l'Islande, suivie par les États-Unis, affiche le taux de consommation calculée de méthylphénidate le plus élevé par habitant. La figure 13 montre les pays qui affichent des taux de consommation de méthylphénidate supérieurs à 1 S-DDD par millier d'habitants et par jour, classés en fonction de leur niveau de consommation calculée.

**Figure 13. Sélection de pays: consommation moyenne<sup>a</sup> de méthylphénidate, 1997-1999 et 2007-2009**



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

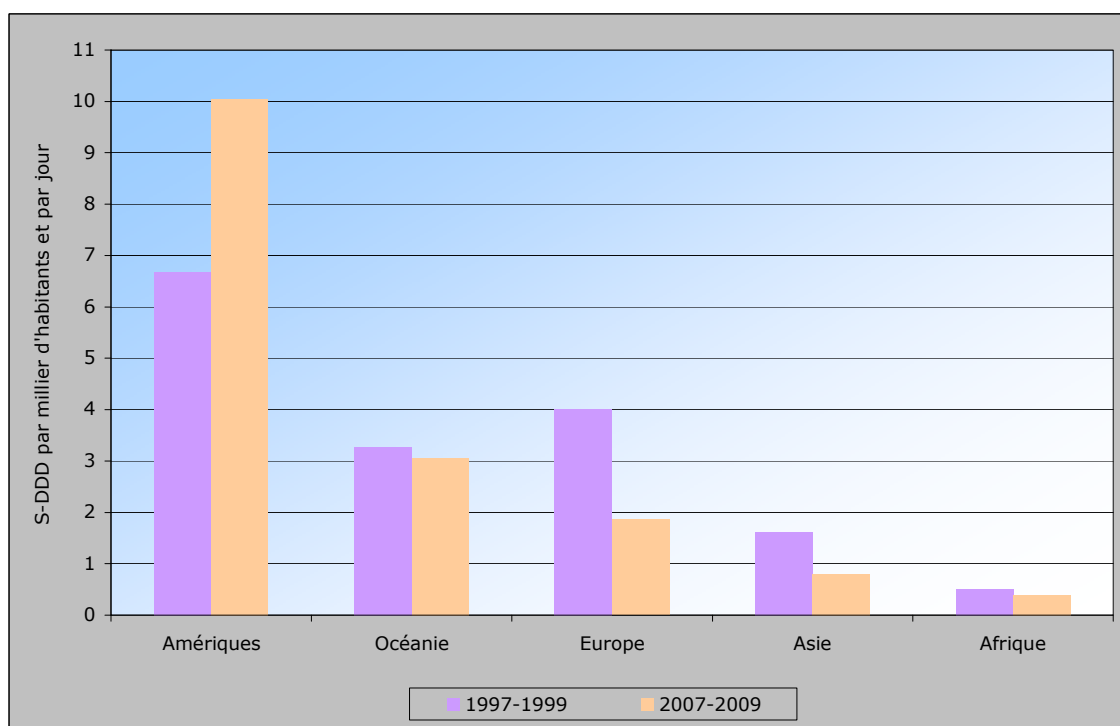
74. Comme l'a précédemment noté l'OICS, on constate des détournements et un usage illicite de stimulants inscrits au Tableau II de la Convention de 1971 dans les pays où ces substances font apparaître des niveaux de consommation très élevés. L'OICS demande une nouvelle fois à tous les gouvernements de veiller à ce que les mesures de contrôle prévues dans ladite Convention soient pleinement appliquées aux stimulants du Tableau II.



## E. Stimulants inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971 qui sont utilisés comme anorexigènes

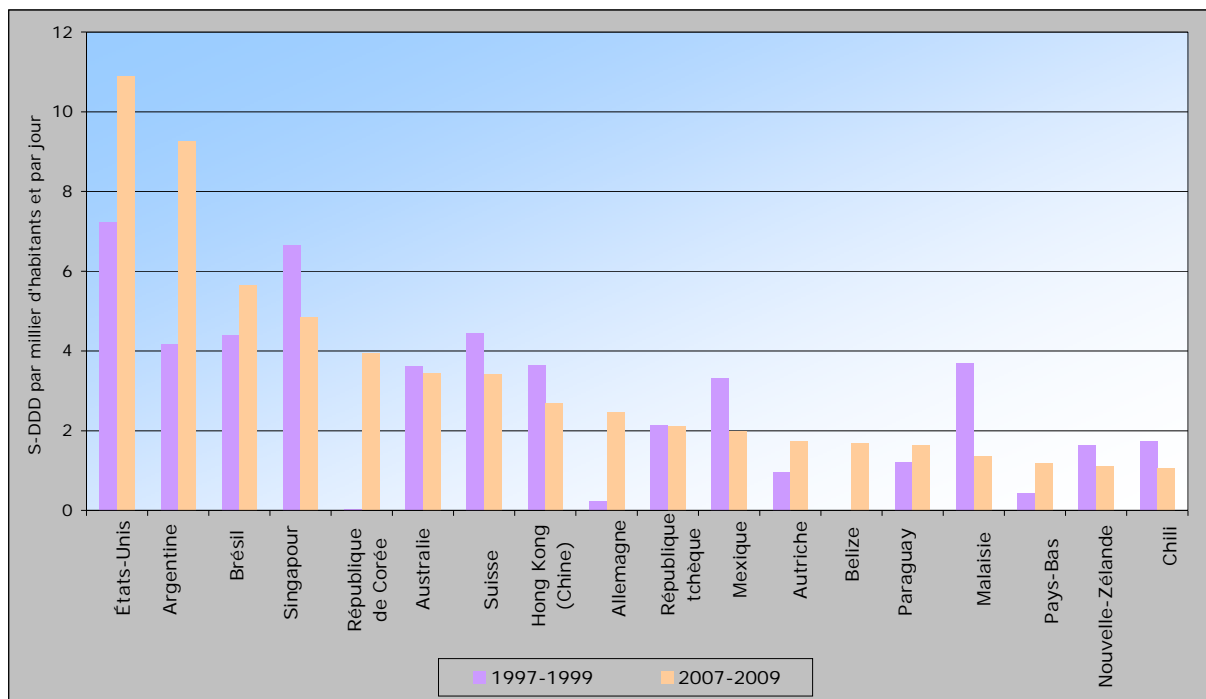
75. Les stimulants inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971 sont principalement utilisés comme anorexigènes. Parmi ces stimulants, la phentermine est le plus utilisé, suivie par le fenproporex, l'amfépramone et le mazindol.

**Figure 14. Toutes régions: consommation moyenne<sup>a</sup> de stimulants du système nerveux central inscrits au Tableau IV, 1997-1999 et 2007-2009**



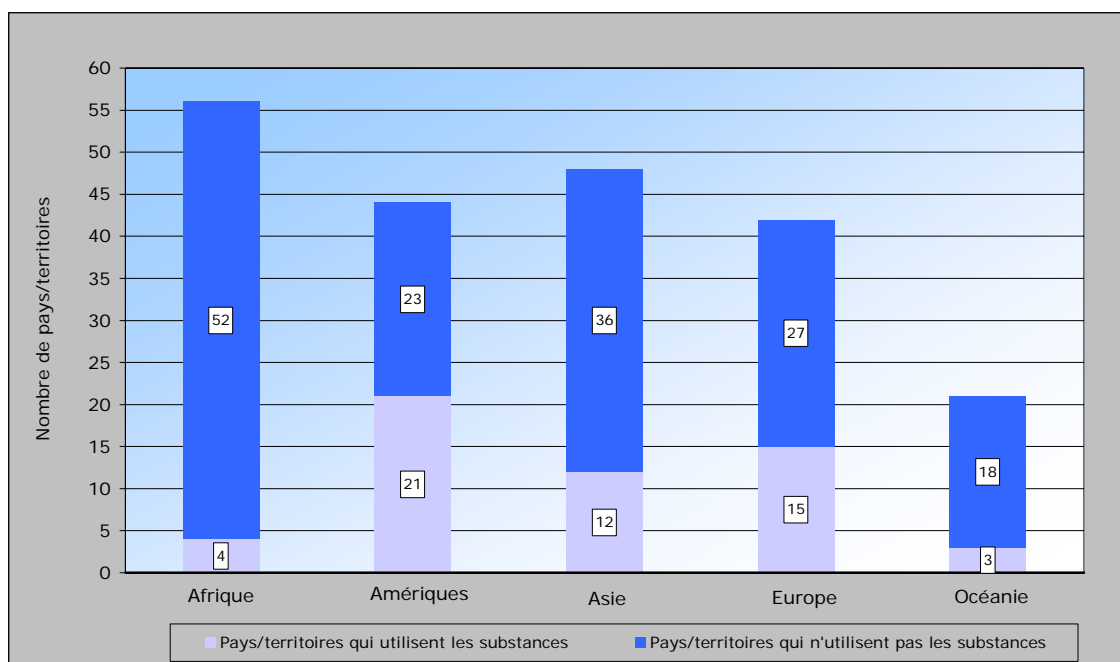
<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

Figure 15. Sélection de pays et de territoires: consommation moyenne<sup>a</sup> de stimulants du système nerveux central inscrits au Tableau IV, 1997-1999 et 2007-2009



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

Figure 16. Toutes régions: nombre de pays et de territoires utilisant des stimulants du système nerveux central inscrits au Tableau IV, 2007-2009



76. Les niveaux les plus élevés de consommation calculée de stimulants du Tableau IV ont toujours été enregistrés dans des pays des Amériques, en particulier l'Argentine, le Brésil et les États-Unis. Entre 2007 et 2009, la consommation calculée moyenne dans les Amériques a continué de progresser, et les États-Unis sont restés le pays qui affiche les niveaux de consommation calculée par habitant les plus élevés au monde. Jusqu'en 2006, le Brésil a connu des niveaux de consommation analogues. Entre 2006 et 2009, il est parvenu à réduire des deux tiers la consommation par habitant en faisant strictement appliquer l'obligation de délivrer une ordonnance et en prenant des mesures contre les membres du corps médical qui ne se comportaient pas de manière professionnelle. La part de la consommation mondiale calculée de stimulants du Tableau IV (exprimée en S-DDD) revenant aux États-Unis a augmenté, passant de 58 % en 2008 à 71 % en 2009. Le recul de la demande de stimulants a été relevé par le secteur industriel: la fabrication mondiale de ce groupe de stimulants a diminué de 25 % en 2009 par rapport aux années précédentes, en raison principalement d'une chute de la fabrication de fenproporex au Brésil.

77. Quelque 75 pays et territoires ont signalé une consommation régulière de stimulants inscrits au Tableau IV de la Convention de 1971. La figure 15 montre que les niveaux de consommation de ces stimulants varient grandement entre les pays et les régions, tandis que la figure 16 indique, pour chaque région, le nombre de pays et territoires qui ont signalé une telle consommation. Dans environ 60 % des pays et territoires, ces stimulants semblent ne pas être disponibles; leur disponibilité est particulièrement limitée en Afrique, dans les pays insulaires d'Océanie et dans une grande partie de l'Asie.

78. Dans un certain nombre de pays, le taux élevé de prescription de stimulants du Tableau IV s'est soldé par des détournements et un usage illicite de ces substances. L'OICS engage les gouvernements à rester vigilants et à détecter les niveaux de consommation qui sont inappropriés et/ou qui ne correspondent pas à une bonne pratique médicale, et à faire le nécessaire en vue d'appliquer intégralement les mesures de contrôle prévues dans la Convention de 1971.

## F. Benzodiazépines

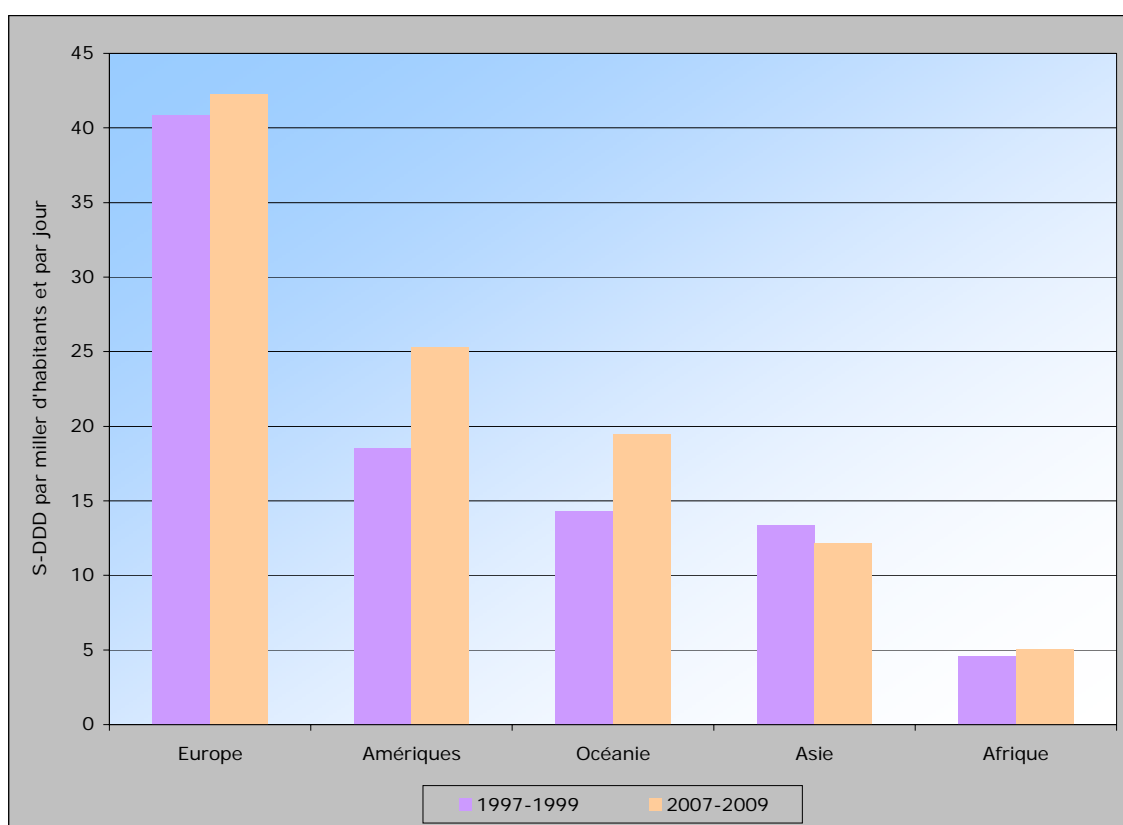
79. La consommation mondiale calculée de benzodiazépines a légèrement augmenté ces 10 dernières années. Pendant cette période, pratiquement tous les pays et territoires qui ont communiqué des données à l'OICS ont indiqué avoir fabriqué ou commercialisé au moins une fois des benzodiazépines en quantités supérieures à 1 kg. L'alprazolam et le diazépam étaient les anxiolytiques les plus fréquemment utilisés, alors que le triazolam était le sédatif hypnotique le plus souvent consommé. S'agissant des substances inscrites aux Tableaux III et IV, comme les benzodiazépines, l'obligation de notification est moins stricte que pour les substances inscrites au Tableau II. Les niveaux de consommation calculée pour ces types de substances sont donc plus approximatifs que ceux des substances du Tableau II<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Les figures 17 à 28 illustrent l'évolution, aux échelles mondiale et régionale, des niveaux de consommation de benzodiazépines ces 10 dernières années. Comme il existe des différences sensibles entre ces niveaux, différentes échelles ont été utilisées dans les figures.

### Anxiolytiques de type benzodiazépine

80. Comme le montre la figure 17, les niveaux de consommation d’anxiolytiques de type benzodiazépine les plus élevés s’observent dans les pays européens, car, d’une manière générale, ces substances y sont fréquemment prescrites aux personnes âgées. Comme le montrent les figures 19 à 22, entre 2007 et 2009, les niveaux de consommation d’anxiolytiques de type benzodiazépine dans les pays non européens étaient généralement inférieurs à 20 S-DDD par millier d’habitants et par jour à quelques exceptions près.

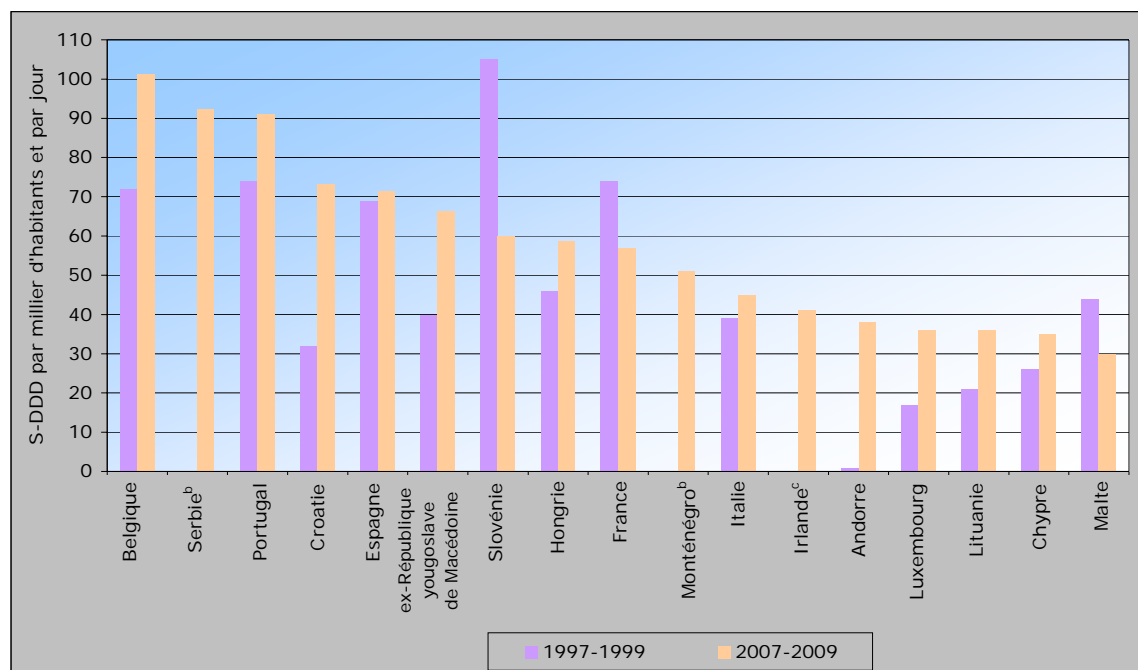
**Figure 17. Toutes régions: consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (anxiolytiques), 1997-1999 et 2007-2009**



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l’OICS.

81. Dans de nombreux pays d’Europe, la consommation d’anxiolytiques, déjà élevée au départ, a augmenté ces 10 dernières années. Entre 2007 et 2009, la consommation moyenne calculée dépassait 40 S-DDD par millier d’habitants et par jour dans 12 pays (soit 27 % environ de la région), et était comprise entre 20 et 40 S-DDD par millier d’habitants et par jour dans 14 autres pays (soit 31 %). Les pays d’Europe occidentale et d’Europe du Sud-Est ont les niveaux de consommation les plus élevés de la région.

**Figure 18. Europe (quelques pays): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (anxiolytiques), 1997-1999 et 2007-2009**



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

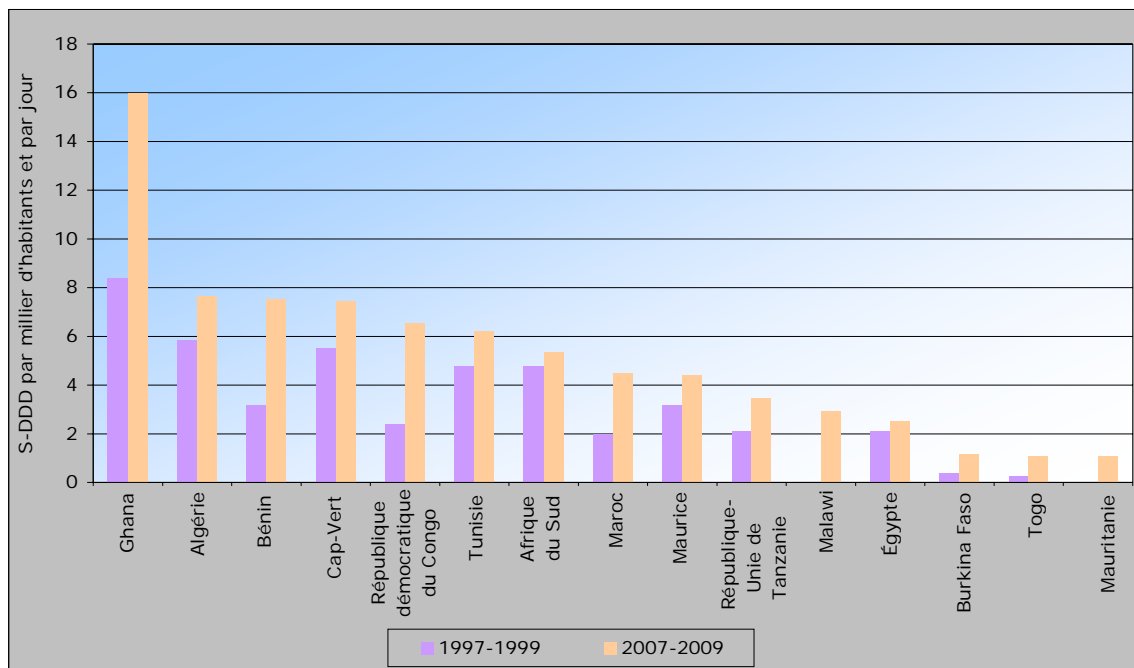
<sup>b</sup> Pays créés après 1999, d'où données non disponibles pour la période 1997-1999.

<sup>c</sup> Les données reçues ne permettent pas de calculer une consommation approximative pour la période 1997-1999.

82. En Afrique, c'est au Ghana que la consommation moyenne calculée d'anxiolytiques était la plus élevée entre 2007 et 2009 (16 S-DDD par millier d'habitants et par jour). Elle était comprise entre 5 et 10 S-DDD par millier d'habitants et par jour dans six pays (Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Cap-Vert, République démocratique du Congo et Tunisie), et entre 1 et 5 S-DDD par millier d'habitants et par jour dans huit pays, comme le montre la figure 19. Tous les autres pays et territoires (73 % de la région) avaient une consommation inférieure à 1 S-DDD par millier d'habitants et par jour.

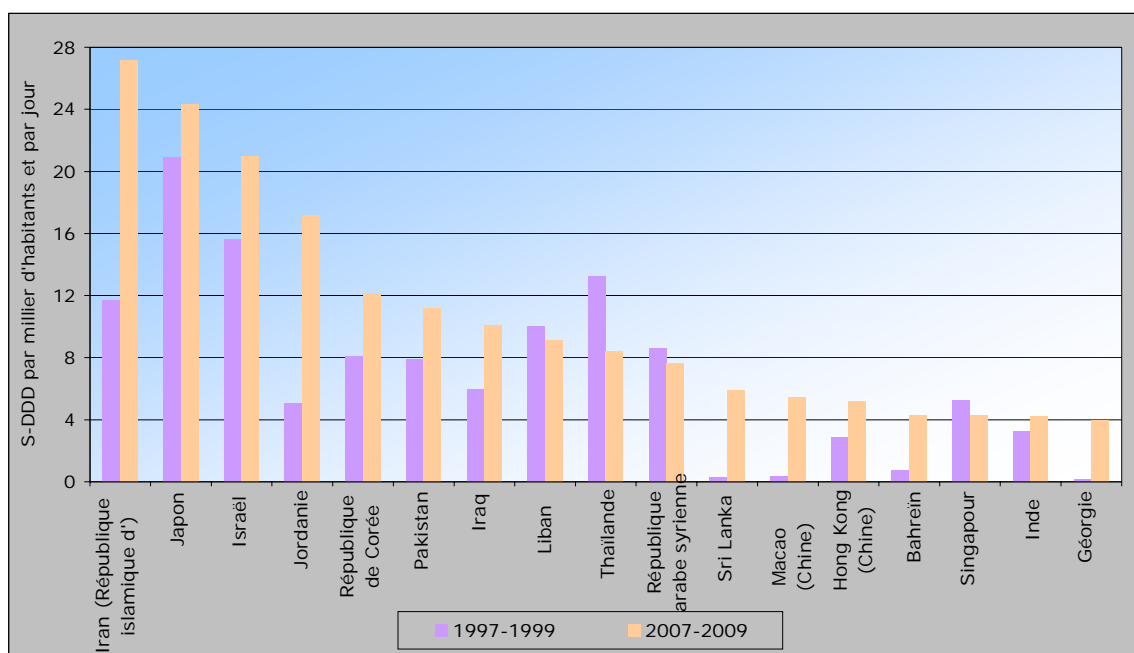
83. En Asie, entre 2007 et 2009, la consommation moyenne calculée d'anxiolytiques était supérieure à 10 S-DDD par millier d'habitants et par jour dans sept pays (Iraq, Israël, Japon, Jordanie, Pakistan, République de Corée et République islamique d'Iran) (15 % des pays et territoires), et comprise entre 5 et 10 S-DDD par millier d'habitants et par jour dans quatre pays et deux territoires (Liban, République arabe syrienne, Sri Lanka, Thaïlande, Hong Kong et Macao (Chine)). Dans dix pays (Bahreïn, Cambodge, Chine, Géorgie, Inde, Koweït, République de Corée, Singapour, Turquie et Yémen), elle était comprise entre 2 et 5 S-DDD par millier d'habitants et par jour. Les 44 % restants des pays et territoires d'Asie consommaient moins de 2 S-DDD par millier d'habitants et par jour.

Figure 19. Afrique (sélection de pays): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (anxiolytiques), 1997-1999 et 2007-2009



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

Figure 20. Asie (sélection de pays et territoires): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (anxiolytiques), 1997-1999 et 2007-2009

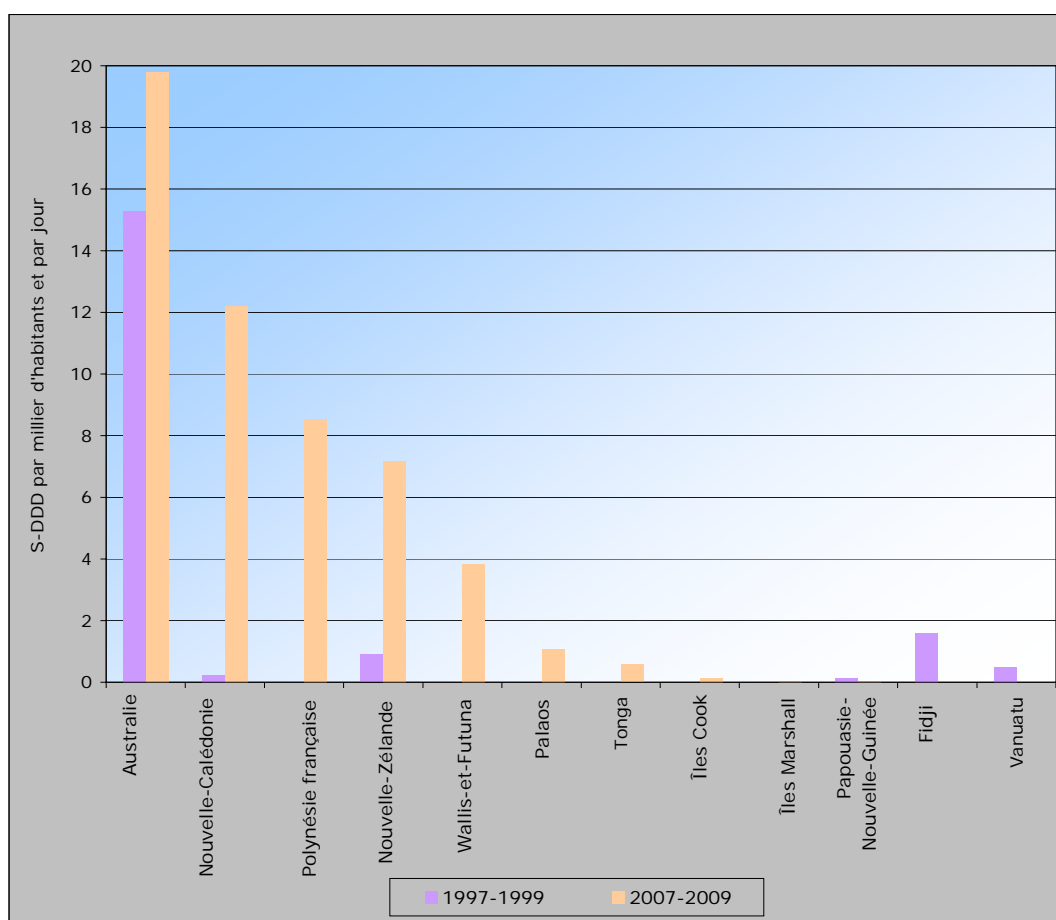


<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

84. En Océanie, entre 2007 et 2009, deux pays et deux territoires (Australie, Nouvelle-Zélande, Polynésie française et Nouvelle-Calédonie) consommaient en moyenne plus de 5 S-DDD d'anxiolytiques par millier d'habitants et par jour. La consommation était nettement plus limitée dans les autres pays et territoires.

85. Dans les Amériques, les niveaux de consommation d'anxiolytiques présentent des écarts importants, comme le montre la figure 22. Alors qu'en Argentine, aux États-Unis et en Uruguay, la consommation moyenne d'anxiolytiques était supérieure à 20 S-DDD par millier d'habitants et par jour entre 2007 et 2009, elle était comprise entre 10 et 20 S-DDD dans six pays (Brésil, Canada, Chili, Cuba, Guyana et Paraguay), et entre 5 et 10 S-DDD dans cinq pays. Dans la grande majorité des pays et territoires de la région (70 %), elle était inférieure à 5 S-DDD par millier d'habitants et par jour. Les niveaux de consommation élevés constatés en Argentine et en Uruguay, qui pourraient indiquer une disponibilité excessive liée à la non-application de l'obligation de délivrer une ordonnance prévue par la Convention de 1971, s'expliquent peut-être par la très forte consommation d'anorexigènes dans la sous-région.

**Figure 21. Océanie (sélection de pays et territoires): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (anxiolytiques), 1997-1999 et 2007-2009**

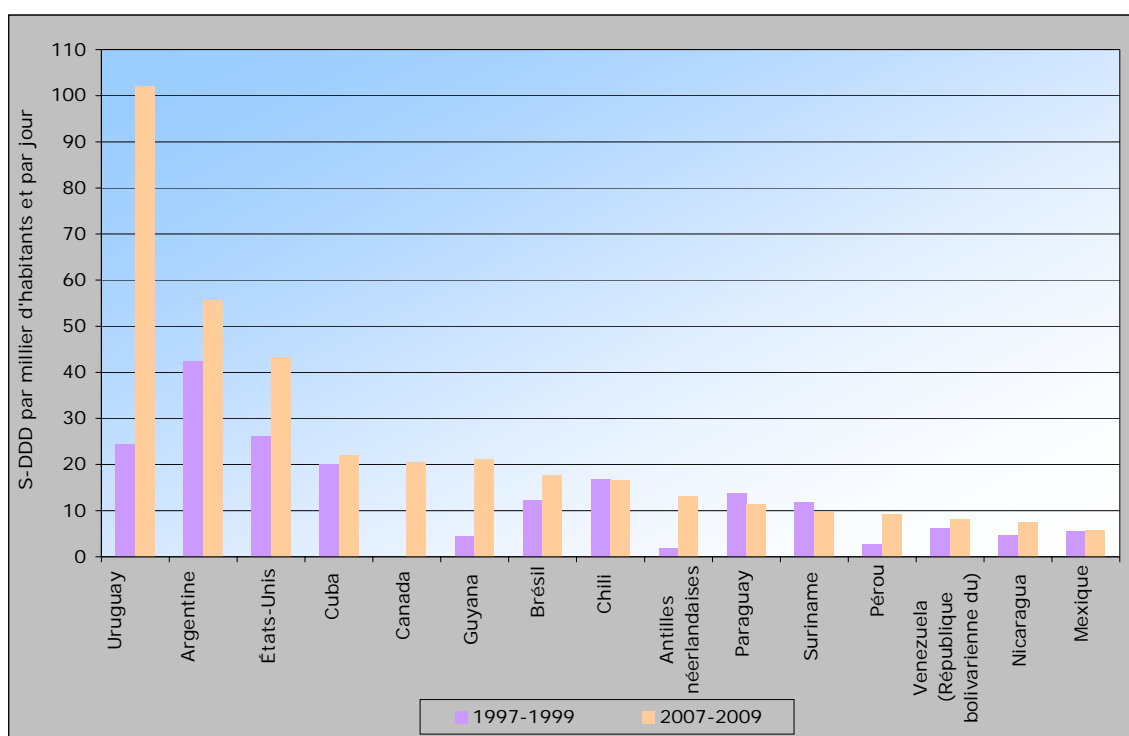


<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

### Sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine

86. À l'échelle régionale, les niveaux de consommation calculée de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine les plus élevés ont été régulièrement observés en Europe, comme le montre la figure 23. Toutefois, dans de nombreux pays d'Europe et d'autres régions, la consommation a reculé de manière beaucoup plus prononcée que la consommation d'anxiolytiques, par rapport aux niveaux observés une décennie auparavant, ce qui traduit une évolution des types de benzodiazépines prescrits dans la pratique médicale.

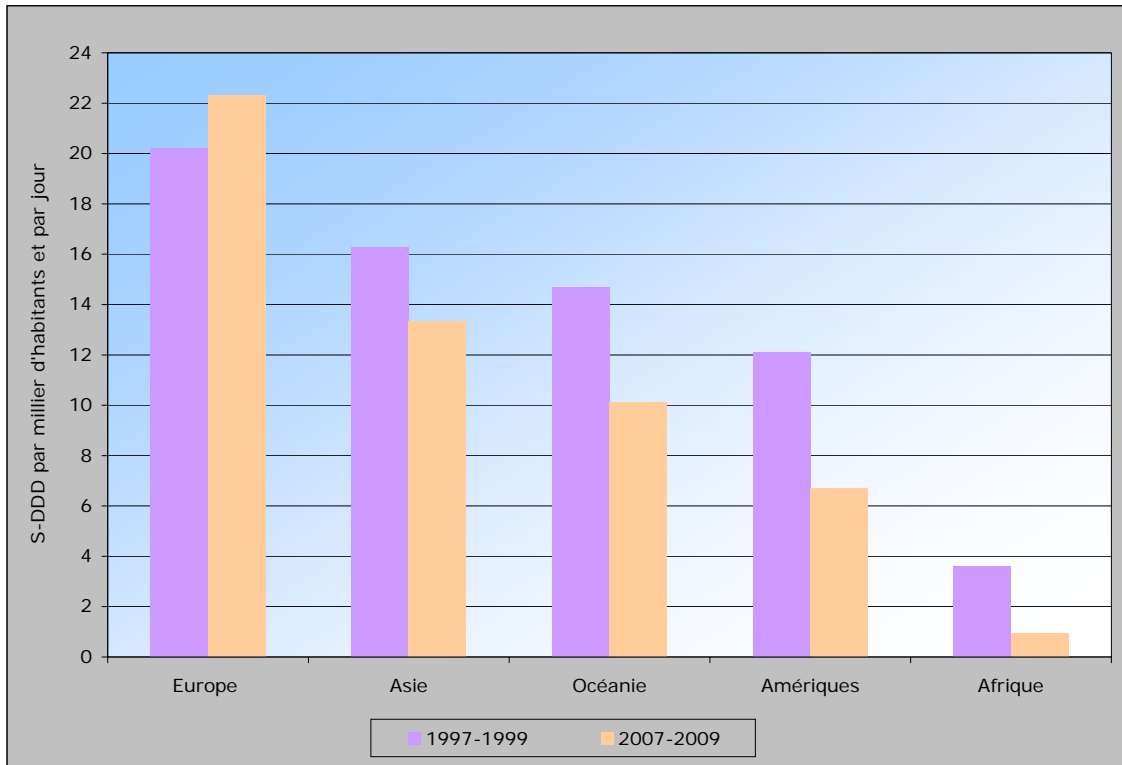
**Figure 22. Amériques (sélection de pays et territoires): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (anxiolytiques), 1997-1999 et 2007-2009**



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.



**Figure 23. Toutes régions: consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (sédatifs hypnotiques), 1997-1999 et 2007-2009**

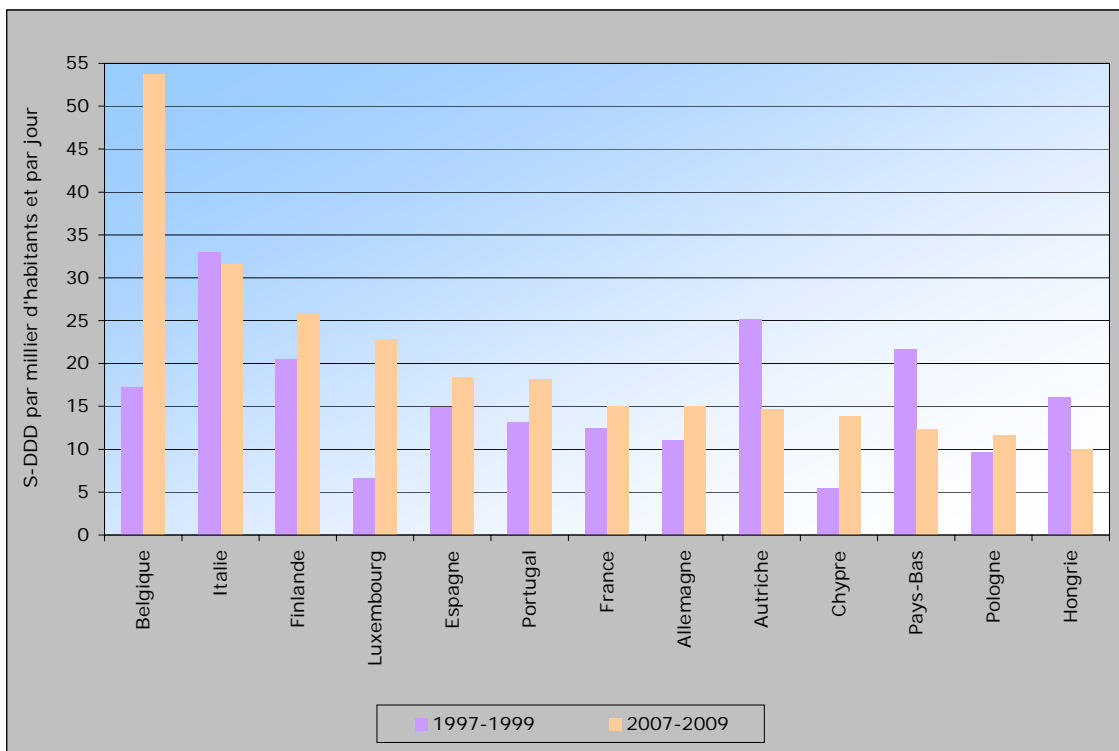


<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

87. En Europe, comme le montre la figure 24, entre 2007 et 2009, la consommation moyenne de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine a dépassé 10 S-DDD par millier d'habitants dans 13 pays (environ 30 % de la région) et, dans 8 autres pays (Andorre, Croatie, Grèce, Irlande, Malte, Norvège, Royaume-Uni et Serbie, soit environ 18 % de la région), elle était supérieure à 5 S-DDD. Dans la région, ce sont les pays d'Europe occidentale qui ont enregistré les niveaux de consommation les plus élevés de ce groupe de benzodiazépines.

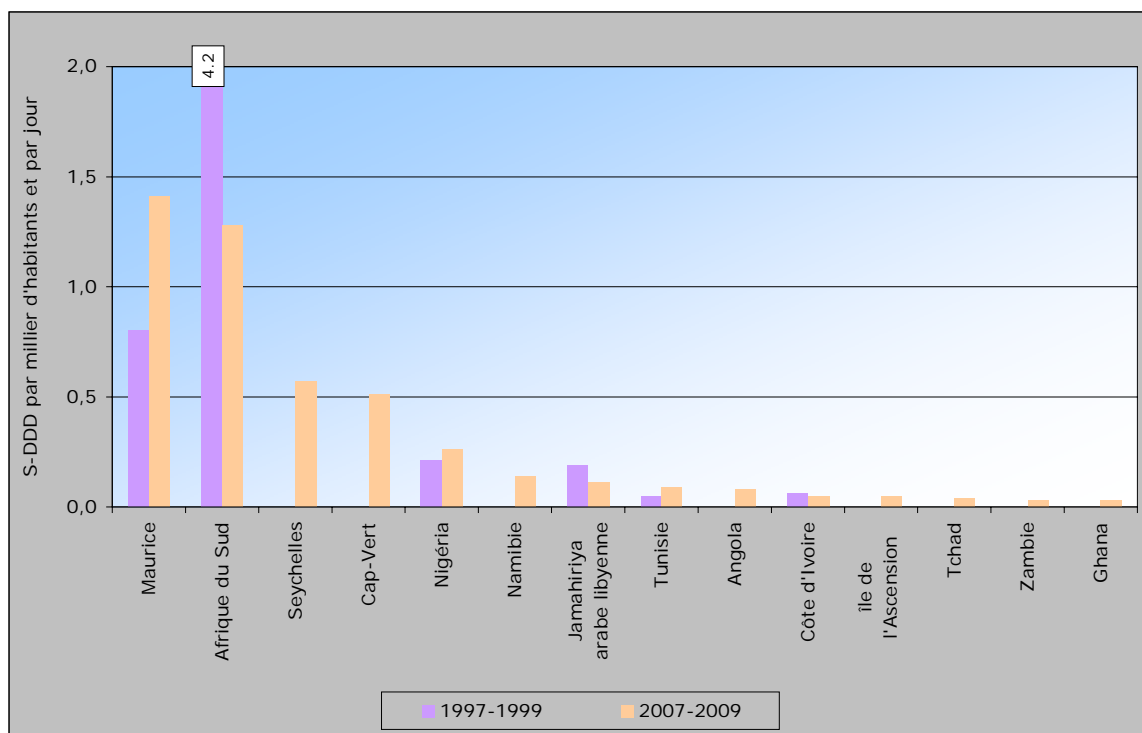
88. En Afrique, entre 2007 et 2009, seuls Maurice et l'Afrique du Sud ont enregistré une consommation moyenne calculée de sédatifs hypnotiques supérieure à 1 S-DDD par millier d'habitants. Dans cinq pays (Cap-Vert, Jamahiriya arabe libyenne, Namibie, Nigéria et Seychelles), la consommation se situait entre 0,1 et 1 S-DDD par millier d'habitants et par jour. Dans cinq autres pays (Angola, Côte d'Ivoire, Ghana, Tchad et Zambie), elle variait entre 0,03 et 0,1 S-DDD, alors que, dans tous les autres pays et territoires (82 % de la région), elle était inférieure à 0,03 S-DDD.

Figure 24. Europe (sélection de pays): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (sédatifs hypnotiques), 1997-1999 et 2007-2009



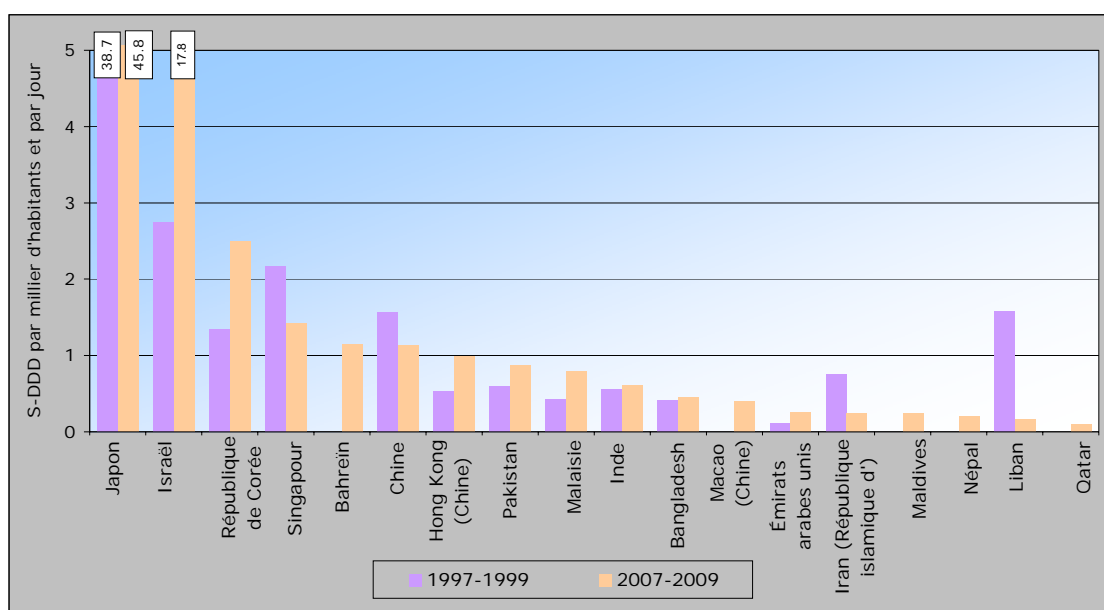
<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

Figure 25. Afrique (sélection de pays): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (sédatifs hypnotiques), 1997-1999 et 2007-2009



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

Figure 26. Asie (sélection de pays): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (sédatifs hypnotiques), 1997-1999 et 2007-2009

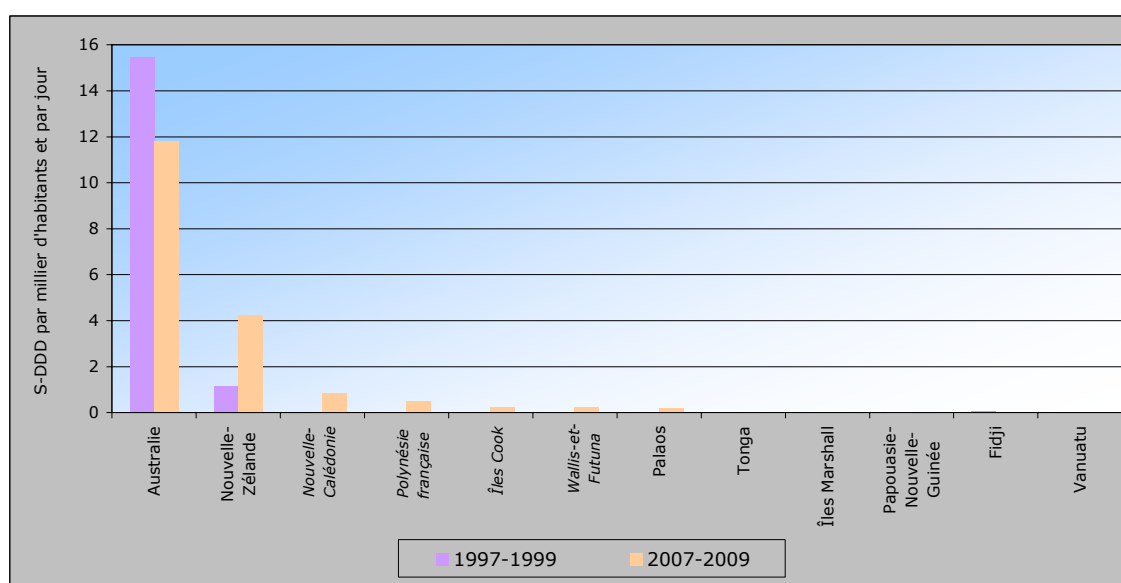


<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

89. En Asie, la consommation de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine est généralement très faible, sauf en Israël et au Japon, les deux pays d'Asie qui ont les populations âgées les plus importantes. Les niveaux élevés de consommation enregistrés au Japon pourraient également être le fait de modes de prescription inappropriés et d'un mésusage connexe. Entre 2007 et 2009, à l'exception d'Israël et du Japon, quatre pays (Bahreïn, Chine, République de Corée et Singapour) ont enregistré des niveaux de consommation supérieurs à 1 S-DDD par millier d'habitants et par jour, alors que, dans la majorité des pays et territoires de la région (88 %), ils étaient inférieurs à ce chiffre.

90. En Océanie, entre 2007 et 2009, seules l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont enregistré une consommation moyenne calculée supérieure à 1 S-DDD par millier d'habitants et par jour. Dans six autres pays et territoires, la consommation était d'au moins 0,01 S-DDD pour ce groupe de benzodiazépines, comme le montre la figure 27. Bien que les Fidji, les Îles Marshall, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et Vanuatu aient importé et utilisé des sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine, leur consommation calculée a été inférieure à 0,01 S-DDD par millier d'habitants et par jour.

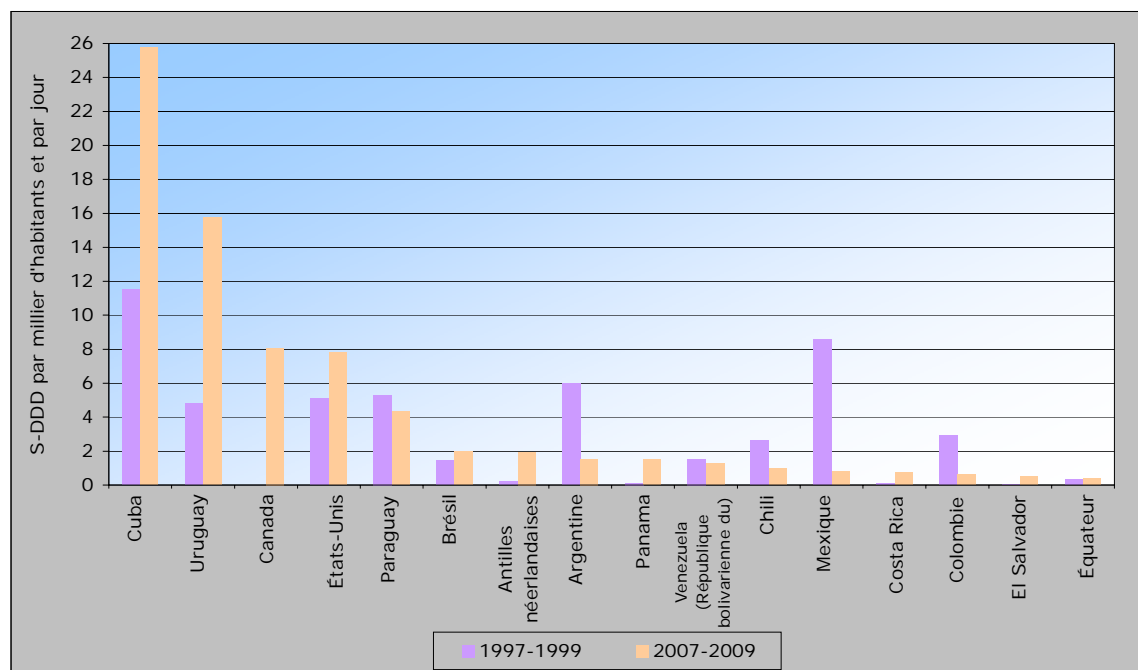
**Figure 27. Océanie (sélection de pays et territoires): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (sédatifs hypnotiques), 1997-1999 et 2007-2009**



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.

91. Dans les Amériques, entre 2007 et 2009, la consommation moyenne de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine a dépassé 10 S-DDD par millier d'habitants et par jour à Cuba et en Uruguay. Dans trois pays (Canada, États-Unis et Paraguay), elle se situait entre 2 et 10 S-DDD et, dans cinq pays et un territoire (Argentine, Brésil, Chili, Panama et Venezuela (République bolivarienne du) et Antilles néerlandaises), entre 1 et 2 S-DDD. La grande majorité des pays et territoires de la région (80 %) ont enregistré une consommation inférieure à 1 S-DDD par millier d'habitants et par jour.

Figure 28. Amériques (sélection de pays et territoires): consommation moyenne<sup>a</sup> de benzodiazépines (sédatifs hypnotiques), 1997-1999 et 2007-2009



<sup>a</sup> Consommation approximative calculée par l'OICS.





## **Assurer la disponibilité de substances placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite**

92. Comme énoncé dans la résolution 53/4 de la Commission des stupéfiants relative à ce sujet, un élément essentiel des conventions internationales relatives au contrôle des drogues est d'assurer une disponibilité suffisante de drogues licites placées sous contrôle international à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant leur détournement et leur usage illicite. En l'absence d'indicateurs sur un usage adéquat, il n'est pas possible à l'heure actuelle de déterminer quel serait le niveau de consommation approprié pour chaque pays, et encore moins à l'échelle mondiale. En revanche, il est possible d'identifier les niveaux de consommation qui semblent trop faibles ou anormalement élevés.

93. Dans les pays où la consommation est nulle ou pratiquement nulle, des indicateurs de consommation appropriée ne sont pas nécessaires étant donné qu'une disponibilité insuffisante ne peut être mise en doute. L'OICS estime que toute consommation de stupéfiants inférieure à 200 S-DDD par million d'habitants et par jour est insuffisante. Toutefois, cela ne signifie pas que toute consommation supérieure à 200 S-DDD peut être considérée comme suffisante, étant donné qu'une disponibilité suffisante de substances placées sous contrôle international à des fins médicales est fonction de certaines données sur la morbidité.

94. Il peut être utile de comparer les niveaux de consommation entre pays ayant un niveau de développement socioéconomique similaire pour déterminer si la consommation par habitant de certaines substances dans un pays est équivalente à celle de pays comparables. Cette méthode comporte toutefois deux inconvénients. La consommation de certaines substances placées sous contrôle international est faible dans certaines régions. Le fait que la majorité des pays d'une région affichent des niveaux de consommation insuffisants ne rend pas ces niveaux suffisants, mais indique seulement que la plupart des pays de la région ont le même problème. D'autre part, lorsque les niveaux de consommation de certaines substances sont anormalement élevés dans un certain nombre de pays ayant un niveau de développement socioéconomique similaire, cela ne veut pas dire que ces niveaux de consommation sont suffisants. Ils pourraient notamment indiquer que le taux de prescription est trop élevé dans tous ces pays, ce qui peut être dû à diverses raisons.

95. Actuellement, des indicateurs ponctuels sont donc utilisés pour appuyer d'autres indicateurs afin de déterminer si les niveaux de consommation sont trop faibles ou trop élevés. Des informations sur le nombre de patients qui ne bénéficient pas de traitement et sur les difficultés rencontrées pour obtenir les médicaments nécessaires sont le signe d'importants obstacles à la disponibilité. Des informations sur le détournement de substances placées sous contrôle international des circuits de distribution nationaux, sur la contrebande à grande échelle de ces substances, sur leur trafic et leur

usage illicite pourraient indiquer une disponibilité de ces substances au-delà des niveaux requis pour une bonne pratique médicale.

## A. Obstacles à la disponibilité d'analgésiques opioïdes

96. En général, le niveau de consommation d'analgésiques opioïdes va de pair avec le niveau de développement socioéconomique d'un pays donné. Divers facteurs, notamment une bonne communication des informations à l'OICS et une bonne coopération avec lui, déterminent pourquoi, dans une région, certains pays affichent des niveaux très élevés de consommation d'analgésiques opioïdes.

97. À plusieurs occasions, l'OICS a appelé l'attention des gouvernements sur les causes de la disponibilité limitée d'opioïdes placés sous contrôle international. Il s'agit notamment de problèmes d'ordre réglementaire, comportemental, cognitif et économique ou liés aux achats, qui ont des effets préjudiciables sur la disponibilité. Dans le cadre d'une enquête récemment réalisée par l'OICS<sup>24</sup> sur les obstacles à la disponibilité d'opioïdes pour les besoins médicaux<sup>25</sup>, une majorité de gouvernements ont indiqué que les obstacles d'ordre comportemental et cognitif, à savoir les préoccupations que suscitaient, parmi les patients et les professionnels de la santé, le risque d'addiction et l'insuffisance de la formation dispensée à ces derniers, restaient les principaux facteurs qui contribuaient à une consommation insuffisante d'opioïdes. Des lois excessivement restrictives et des réglementations par trop contraignantes étaient par ailleurs souvent perçues comme des obstacles majeurs qui limitaient la disponibilité d'opioïdes. Un plus petit nombre de gouvernements ont indiqué que les difficultés liées à la distribution et à l'offre d'opioïdes ainsi que le coût élevé de ces derniers entravaient leur disponibilité en quantités suffisantes. Les principaux obstacles mentionnés par les pays étaient la crainte suscitée par le risque de dépendance, la réticence à prescrire ou à stocker ces substances et l'insuffisance de la formation destinée aux professionnels de la santé. La figure 29 montre le classement des divers obstacles par ordre d'importance tels que mentionnés par les pays.

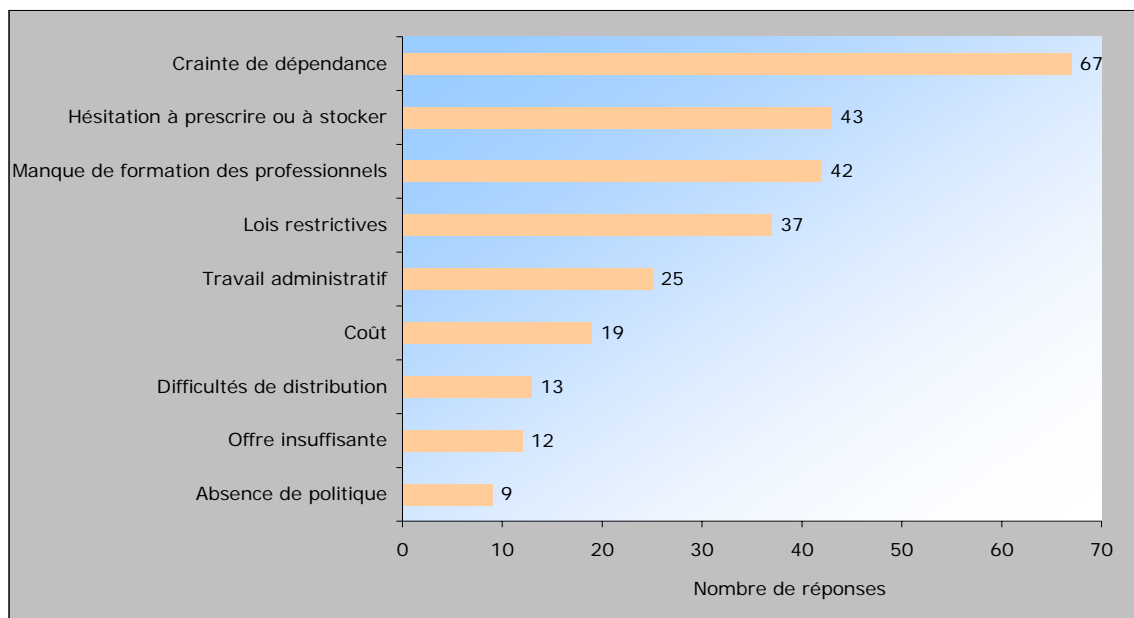
---

<sup>24</sup> L'enquête a été menée au moyen d'un questionnaire sur lequel se fonde la figure 29.

<sup>25</sup> *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants sur la suite donnée à la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.09.XI.7).



Figure 29. Principaux facteurs affectant la disponibilité d’opioïdes pour les besoins médicaux



Note: Les résultats que reflète la figure sont fondés sur les réponses communiquées par les pays et territoires qui ont répondu à une question spécifique à choix multiples. Les pays et territoires pouvaient choisir un ou plusieurs des facteurs énumérés dans cette question.

98. Dans de nombreux pays affichant de faibles niveaux de consommation d’opioïdes, l’offre est influencée par un ensemble de facteurs réglementaires, cognitifs et économiques, qui, à l’évidence, ne sont pas indépendants les uns des autres. Par exemple, il peut être plus difficile d’amener des réformes réglementaires dans un pays où la toxicomanie suscite généralement des préoccupations parmi les décideurs et les professionnels de la santé. Pour lever ces obstacles, il faut donc adopter une approche multidimensionnelle et s’assurer la participation de nombreuses parties prenantes représentant les organismes publics de réglementation, les professionnels de la santé et les organisations non gouvernementales s’occupant des problèmes de santé.

99. La France est parvenue à élaborer et à mettre en œuvre un programme multiforme visant à garantir une offre suffisante d’analgésiques opioïdes pour le traitement de la douleur. Ces 10 dernières années, la consommation par habitant d’analgésiques opioïdes utilisés pour soulager la douleur modérée et forte y a été multipliée par plus de cinq, ce qui en fait l’un des pays à avoir des niveaux de consommation d’analgésiques opioïdes placés sous contrôle international manifestement suffisants et appropriés.

100. Après qu’il eut été admis que le niveau de consommation d’analgésiques en France était trop faible et que la douleur n’était pas convenablement prise en charge par le système de santé, des changements d’orientation et des modifications d’ordre législatif ont été adoptés dès 1989 pour promouvoir la mise en œuvre de plans d’action nationaux de lutte contre la douleur menés à bien. Les mesures prises pour faire en sorte que les professionnels de la santé reçoivent une formation adéquate au traitement de la douleur ont constitué un important élément de chacun des plans d’action. À cette fin, des modules sur le traitement de la douleur et les soins palliatifs ont été introduits dans le

programme d'enseignement des écoles de médecine et des instituts de formation en soins infirmiers, et des programmes sur la prise en charge de la douleur ont été élaborés en vue de dispenser une formation continue au personnel des établissements de soins. Parallèlement, un certain nombre de réformes réglementaires ont rendu moins difficile l'obtention, la prescription et la délivrance des opioïdes. À titre d'exemple des mesures de réforme ayant eu un effet sensible sur le traitement efficace de la douleur, on citera le prolongement de 7 à 28 jours de la validité des ordonnances prescrivant des analgésiques opioïdes et l'autorisation donnée au personnel infirmier d'administrer des opioïdes en l'absence d'un médecin. Tout en favorisant la consommation d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur, le Gouvernement français a mis en place des mécanismes pour surveiller et prévenir l'usage illicite et le détournement de ces substances. Toutes les activités susmentionnées se sont toujours inscrites dans le cadre des conventions internationales.

101. Si l'augmentation des niveaux de consommation d'analgésiques opioïdes peut être obtenue plus facilement dans des pays qui, tels la France, disposent de ressources suffisantes pour financer les soins de santé, ce type d'amélioration est également possible dans des pays ayant des ressources plus limitées, comme l'Ouganda. Ces 10 dernières années, la consommation de morphine a régulièrement augmenté dans ce pays, grâce au développement d'un programme qui assure aux patients des soins palliatifs à domicile sur toute l'étendue du territoire national. En Ouganda, comme en France, les principaux facteurs de la réussite de cette approche sont notamment la volonté des pouvoirs publics de faire de la prise en charge de la douleur une priorité, et la formation des professionnels de la santé à l'utilisation des opioïdes et aux soins palliatifs. L'adoption de réformes juridiques autorisant le personnel infirmier à prescrire de la morphine représente une autre mesure importante visant à assurer aux patients l'accès à cette substance dans divers contextes de soins. C'est là un exemple du type de redistribution des tâches recommandé par l'OMS<sup>26</sup> en vue de faciliter l'accès aux services de santé en cas de pénurie de personnel soignant. La mise en place de mécanismes garantissant un approvisionnement fiable en morphine et sa disponibilité aux fins d'administration par voie orale, à faible coût, ont également joué un rôle essentiel dans les efforts tendant à élargir l'accès à cette substance. Ici encore, toutes les activités se sont toujours inscrites dans le cadre des conventions internationales.

102. L'exemple de la France et de l'Ouganda montre qu'il est possible, avec le ferme soutien des pouvoirs publics, d'accroître la consommation d'analgésiques opioïdes à travers une stratégie pluridirectionnelle visant à lever les obstacles à la disponibilité de ces substances. Si de nombreux pays européens affichent des niveaux de consommation d'opioïdes placés sous contrôle international comparables à ceux de la France, plusieurs pays, dont bon nombre d'Europe orientale, ont actuellement des niveaux de consommation très inférieurs à ceux que signalait la France il y a 10 ans. Pour la majorité de la population de nombreux pays africains, l'accès à la morphine par voie orale à faible coût est pratiquement inexistant. Malheureusement, l'insuffisance d'accès aux opioïdes demeure une réalité dans un grand nombre de pays, non seulement d'Afrique et d'Europe orientale, mais de toutes les régions. L'OICS exhorte les gouvernements de ces pays à prendre des mesures résolues pour garantir un accès satisfaisant aux analgésiques opioïdes et renforcer les organismes de réglementation, indispensables pour un accès adéquat aux substances placées sous contrôle et leur utilisation appropriée. À cette fin, les gouvernements devraient examiner les recommandations

---

<sup>26</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams – Global Recommendations and Guidelines* (Genève, 2008).

figurant dans le rapport spécial de l'OICS de 1995 sur la disponibilité des opiacés pour les besoins médicaux<sup>27</sup>, et au chapitre I de son rapport pour 1999.

103. L'OICS note avec satisfaction que, ces dernières années, les Gouvernements d'un certain nombre de pays, dont la Géorgie, le Guatemala, le Panama, la Serbie et le Viet Nam, ont introduit des réformes de politique visant à garantir un accès adéquat aux analgésiques opioïdes. Les gouvernements de ces pays et d'autres pays qui ont commencé à élaborer des stratégies pour améliorer la disponibilité des opioïdes devraient apporter un soutien énergique à la mise en œuvre de ces stratégies. Des mécanismes devraient être adoptés pour surveiller l'application et l'efficacité à long terme des politiques visant à améliorer l'accès aux opioïdes.

104. L'OICS estime que certains gouvernements devraient prendre d'urgence des mesures spécifiques pour faire en sorte que leur population ait un accès adéquat aux médicaments à base d'opioïdes conformément aux conventions internationales relatives au contrôle des drogues. En particulier, les gouvernements des pays où la consommation d'opioïdes est inférieure à 100 S-DDD par million d'habitants et par jour et les gouvernements des pays où la consommation d'opioïdes est tout simplement inexistante devraient immédiatement prendre des mesures appropriées pour garantir l'accès à ce type de médicament. Un organe de réglementation efficace reste l'une des solutions fondamentales. Il est inadmissible que, dans de vastes parties du monde, l'approvisionnement en médicaments nécessaires pour soulager la douleur et la souffrance des patients reste très insuffisant.

105. L'OICS appelle l'attention des gouvernements sur le fait que des évaluations précises des besoins en substances placées sous contrôle international sont essentielles pour assurer une offre suffisante de ces substances à des fins médicales et scientifiques. De mauvaises évaluations de ces besoins peuvent être à l'origine de nombreux problèmes dans l'utilisation des substances placées sous contrôle au niveau du système de santé, tels que pénuries, prescriptions irrationnelles, distorsion de la demande et faible rapport coût-efficacité; elles peuvent aussi donner lieu à des excédents, à du gaspillage et à un risque accru de détournement. Une bonne utilisation du système des évaluations pour les stupéfiants et les substances psychotropes est importante si l'on veut garantir une disponibilité suffisante de substances placées sous contrôle international. À cette fin, les autorités nationales compétentes doivent veiller à ce que les prestataires de services de soins de santé puissent leur communiquer facilement leurs besoins.

## **B. Disponibilité de substances placées sous contrôle international au-delà des niveaux requis pour assurer une bonne pratique médicale**

106. La disponibilité insuffisante de stupéfiants et de substances psychotropes peut priver les patients de leurs droits fondamentaux et de l'occasion de soulager leur douleur physique et leur souffrance due à une maladie mentale. Par ailleurs, la disponibilité excessive de ces substances peut conduire à des détournements ou à un usage illicite, et ultérieurement à la toxicomanie. Ces dernières années,

---

<sup>27</sup> Disponibilité des opiacés pour les besoins médicaux (voir note 8 ci-dessus).

l'OICS a noté avec une préoccupation croissante que l'usage illicite de substances placées sous contrôle international, détournées vers des circuits illicites à différents stades de leur distribution, continuait d'être très répandu dans de nombreux pays et avait même atteint ou dépassé, dans quelques-uns, les niveaux de consommation de drogues illicites.

107. Dans certains pays, l'abus de préparations pharmaceutiques contenant des substances placées sous contrôle n'est devancé que par l'abus de cannabis. Les préparations pharmaceutiques détournées et objet d'un usage illicite contiennent différents opioïdes, benzodiazépines et stimulants de type amphétamine. Parmi les opioïdes, ce sont les préparations contenant de la buprénorphine, de la codéine, du dextropropoxyphène, du fentanyl, de l'hydrocodone, de la méthadone, de la morphine, de l'oxycodone ou de la trimépéridine qui sont détournées en plus grandes quantités. En ce qui concerne les substances psychotropes, l'alprazolam, la buprénorphine, le diazépam, le flunitrazépam, le phénobarbital et le phentermine sont les substances le plus couramment détournées et objet d'un usage illicite.

108. Les données recueillies par les gouvernements semblent indiquer un lien entre les caractéristiques de l'usage illicite et la disponibilité excessive globale des préparations pharmaceutiques contenant ces substances. En particulier, les pays qui affichent des niveaux déjà élevés de consommation de stupéfiants et de substances psychotropes et qui connaissent de nouvelles augmentations doivent être prêts à déterminer si ces augmentations correspondent à des besoins médicaux réels ou si elles sont dues à un usage détourné et illicite. La modification des modes de délivrance d'ordonnances et des modes de consommation de drogues est généralement un processus lent, et les nouvelles habitudes de consommation se développent sur une période de plusieurs années. En revanche, de nouvelles tendances d'usage illicite apparaissent rapidement, en particulier lorsque les substances concernées ont le même effet que celles qui avaient fait l'objet d'un usage illicite et sont plus faciles à obtenir. Une culture de disponibilité large et excessive de produits pharmaceutiques ayant les mêmes effets que ceux des drogues illicites amènera à substituer de plus en plus à ces dernières ces produits pharmaceutiques. Inverser une telle tendance est difficile et impose des efforts, car les produits pharmaceutiques qui font l'objet d'un usage illicite resteront disponibles. C'est pourquoi, dans les pays où la disponibilité est excessive, l'utilisation non médicale de médicaments antidouleur, de tranquillisants, de stimulants ou de sédatifs est devenue le problème de drogue qui prend le plus rapidement de l'ampleur.

109. Dans la plupart des pays, le problème de l'usage détourné de médicaments de prescription a retenu, moins que celui de l'usage illicite de drogues, l'attention des services chargés de la réglementation. La collecte systématique de données sur l'usage détourné de médicaments de prescription dans les enquêtes auprès des ménages ne se fait actuellement qu'aux États-Unis, ce qui signifie que les données fiables sur l'ampleur du phénomène se limitent à ce pays. Toutefois, le problème va au-delà des États-Unis. L'usage détourné de médicaments de prescription est signalé dans toutes les régions du monde.

110. L'usage détourné de médicaments de prescription peut être aussi dangereux que la consommation de drogues illicites. En particulier, la part des opioïdes de prescription dans les cas de décès liés à une surdose a considérablement augmenté. Malheureusement, pendant longtemps, cette évolution n'a pas été prise en considération par le public. Ces 10 dernières années, le nombre de décès

liés à l'usage détourné de médicaments de prescription a crû sensiblement, dépassant même dans certains pays celui des décès par surdose de drogues illicites. Toutefois, c'est seulement parce que des artistes de renom ont succombé par suite de l'usage détourné de médicaments de prescription que les médias et le grand public ont pris note des dangers que représente ce phénomène. Des mesures devraient néanmoins être prises avant que ne soient atteints de tels niveaux élevés d'usage détourné de médicaments de prescription. La disponibilité excessive étant souvent la première étape vers l'augmentation de l'usage détourné de médicaments de prescription, les services chargés de la réglementation doivent faire preuve de vigilance en ce qui concerne les niveaux élevés de consommation de stupéfiants et de substances psychotropes.

111. L'augmentation de l'usage détourné de médicaments de prescription a favorisé la montée de la polytoxicomanie, associant des médicaments fabriqués licitement et des drogues illicites ou plusieurs médicaments contenant des substances placées sous contrôle international. De même, on note un accroissement de l'usage détourné de combinaisons de produits fabriqués par l'industrie pharmaceutique ou de formules de prescription combinant plusieurs substances placées sous contrôle international proposées dans des pharmacies.

112. L'OICS engage tous les gouvernements à détecter les tendances inhabituelles de l'évolution des niveaux de consommation de stupéfiants et de substances psychotropes et à prendre, au besoin, des mesures correctives. En l'absence de normes reconnues établissant ce que doit être une consommation judicieuse, les gouvernements voudront peut-être analyser les tendances passées et comparer leur niveau de consommation national avec ceux d'autres pays de niveau de développement socioéconomique analogue.

113. Ces comparaisons pourraient être effectuées sur la base des tableaux relatifs à la consommation des analgésiques opioïdes et des divers groupes de substances psychotropes, publiés par l'OICS dans son rapport technique sur les stupéfiants et dans son rapport technique sur les substances psychotropes. Les gouvernements des pays où les niveaux de consommation de stupéfiants et de substances psychotropes sont particulièrement élevés ou en progression devraient surveiller la situation de près, déterminer si leur territoire est utilisé par des pharmacies opérant illégalement sur l'Internet, recenser les abus éventuels de prescription ou toute autre pratique non professionnelle de la part du corps médical et veiller à ce que les circuits de distribution nationaux soient convenablement contrôlés. Tous les gouvernements devraient donner suite aux recommandations de l'OMS relatives à la prescription rationnelle de médicaments et prendre des mesures pour promouvoir de bonnes pratiques médicales<sup>28</sup>.

114. Afin d'empêcher que des substances placées sous contrôle international ne soient détournées dans un pays puis introduites clandestinement dans un autre, les gouvernements devraient harmoniser, à l'échelle régionale et sous-régionale, les mesures prises pour réduire les niveaux excessifs de consommation, de sorte que les efforts déployés dans un pays n'entraînent pas des problèmes de consommation dans les pays voisins.

---

<sup>28</sup> "Promouvoir l'usage rationnel des médicaments: principaux éléments", *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, n° 5, septembre 2002. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4873f/s4873f.pdf>.

115. Toutefois, l'usage de certains groupes de substances ne varie peut-être pas uniquement entre pays de niveau de développement socioéconomique comparable de différentes régions, mais aussi entre pays d'une même région, selon des facteurs culturels et démographiques. Par exemple, des variations importantes entre pays et propres aux pays indiquent des écarts sensibles dans la pratique médicale entre pays semblables par ailleurs, voire parfois à l'intérieur des pays.

116. On observe une différence constante entre les préférences régionales de groupes de substances psychotropes dans la consommation de substances placées sous contrôle international en Europe et en Amérique du Nord, deux régions de niveaux de développement socioéconomique similaire. Si l'Europe enregistre la consommation la plus élevée de benzodiazépines, l'Amérique du Nord, elle, affiche celle des produits dopants. Cette situation traduit peut-être des différences culturelles, mais peut aussi être liée à la démographie, les benzodiazépines étant consommées principalement par les couches âgées de la population alors que les produits dopants et de musculation sont consommés dans une large mesure par les adolescents et les jeunes adultes.

117. Les circuits d'approvisionnement de médicaments de prescription faisant l'objet d'un usage détourné changent, mais, en principe, une fois que ces médicaments sont hors des circuits d'approvisionnement officiels qui sont surveillés, on les retrouve sur un "marché parallèle" parfois important. Dans de nombreux pays, les marchés de drogues non réglementés, également appelés "marchés parallèles", fonctionnent en parallèle avec ou souvent sans les pharmacies agréées. C'est souvent pour des raisons économiques ou liées à un approvisionnement insuffisant par les circuits officiels que ces médicaments s'achètent sur les marchés parallèles. Les pharmacies opérant illégalement sur l'Internet représentent un autre type de marché parallèle. Comme sur les autres marchés parallèles, les clients peuvent s'y procurer, sans ordonnance, des substances placées sous contrôle international comme les benzodiazépines, les opioïdes, les stimulants et les barbituriques. Les approvisionnements destinés à ces marchés sont souvent des produits détournés ou volés, ou des médicaments non homologués, de mauvaise qualité ou de contrefaçon.

118. Les raisons qui expliquent le recours aux marchés non réglementés varient d'un pays à l'autre. Il peut s'agir d'un accès limité aux établissements de soins de santé, de la faiblesse du coût des médicaments qui est souvent liée au fait qu'ils sont des produits de mauvaise qualité ou de contrefaçon, d'exigences trop strictes en matière de délivrance d'ordonnances, du désir de se procurer des médicaments sans dossier médical pour préserver sa vie privée ou d'obtenir des médicaments de prescription pour un usage détourné.

119. Tous les gouvernements devraient appliquer les Lignes directrices de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour le contrôle des pharmacies opérant sur l'Internet<sup>29</sup>, parce que, dans certains pays, ces pharmacies constituent le circuit principal pour la distribution de substances placées sous contrôle international.

---

<sup>29</sup> *Lignes directrices à l'intention des gouvernements pour la prévention de la vente illégale via Internet de substances placées sous contrôle international* (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.09.XI.6).

## C. Assurer une disponibilité suffisante dans les situations d'urgence

120. Les situations d'urgence découlant de catastrophes naturelles ou anthropiques peuvent donner lieu à un besoin soudain et pressant de médicaments contenant des substances placées sous contrôle. Une telle situation a surgi après le tremblement de terre qui a dévasté Haïti en janvier 2010. Des substances placées sous contrôle, comme la morphine et la pentazocine, étaient nécessaires d'urgence pour dispenser des soins médicaux au grand nombre de personnes qui avaient été blessées pendant le séisme.

121. Les organismes d'aide humanitaire se heurtent souvent à de graves difficultés lorsqu'il s'agit d'obtenir rapidement des médicaments contenant des substances placées sous contrôle pour dispenser des soins médicaux dans les situations d'urgence, en raison notamment des mesures de contrôle qui s'exercent sur le mouvement international de ces médicaments. Les procédures administratives qu'il faut respecter dans des conditions normales pour autoriser l'importation et l'exportation de substances placées sous contrôle ralentissent la fourniture de médicaments dont on a un besoin urgent dans les zones sinistrées. Ce problème est encore plus complexe lorsque les autorités nationales compétentes dans les pays importateurs ne sont plus en mesure d'assumer leur tâche.

122. Compte tenu de cette situation, l'OMS, en consultation avec l'OICS, a établi les Lignes directrices types pour la fourniture, au niveau international, des médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence<sup>30</sup>. Ces Lignes directrices prévoient une procédure simplifiée pour l'exportation de médicaments contenant des substances placées sous contrôle destinés à des organismes d'aide humanitaire dignes de confiance. Peu après le tremblement de terre survenu en Haïti, l'OICS a adressé des lettres à tous les gouvernements et à certains organismes d'aide humanitaire pour leur rappeler les procédures simplifiées énoncées dans les Lignes directrices.

123. Les situations d'urgence survenant soudainement, les autorités compétentes devraient être prêtes à appliquer les procédures simplifiées énoncées dans les Lignes directrices afin de pouvoir expédier les médicaments placés sous contrôle dès que le besoin s'en fait sentir. L'OICS engage les gouvernements et les organismes d'aide humanitaire à porter à son attention tout problème rencontré dans la fourniture de médicaments placés sous contrôle dans les situations d'urgence. Les gouvernements voudront peut-être prévoir dans leurs stocks spéciaux de stupéfiants et de substances psychotropes certaines quantités qui leur permettront de satisfaire aux besoins en de telles situations.

---

<sup>30</sup>Organisation mondiale de la Santé, document WHO/PSA/96.17.





# VI

## Conclusions et recommandations

124. L'Organe international de contrôle des stupéfiants a fréquemment confirmé que les principes qui inspirent les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues définissent les rouages qui permettent d'assurer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques tout en empêchant que ces substances soient utilisées de manière impropre ou inconsidérée. Assurer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes et prévenir leur détournement ne sont pas des objectifs contradictoires: ils peuvent être atteints en synergie si les mesures prises sont correctement et rigoureusement appliquées. La bonne interprétation de ces deux objectifs convergents est de plus en plus largement acceptée. Cependant, des progrès substantiels demeurent nécessaires dans un certain nombre de pays.

125. L'OICS note qu'en réponse aux recommandations formulées antérieurement sur la disponibilité des stupéfiants, beaucoup de gouvernements ont augmenté leurs évaluations pour répondre à la demande médicale, adopté des politiques nationales pour améliorer l'utilisation médicale des stupéfiants, soutenu des programmes éducatifs et examiné dans quelle mesure leurs systèmes de soins de santé, lois et réglementations constituaient des obstacles à la disponibilité des stupéfiants. Si l'offre de certains stupéfiants et substances psychotropes s'est améliorée dans de nombreux pays, elle a toutefois reculé dans d'autres. Les améliorations les plus importantes sont enregistrées dans les pays hautement industrialisés, mais les reculs sont malheureusement observés essentiellement dans les régions qui affichaient il y a 20 ans les taux de disponibilité les plus faibles pour les substances placées sous contrôle international.

126. Comme il ressort de l'analyse de l'OICS, beaucoup de pays de nombreuses régions continuent d'afficher des taux de disponibilité insuffisants pour les substances placées sous contrôle international. L'Afrique demeure la région où l'on trouve le plus grand nombre de pays ayant un taux de disponibilité très faible ou nul. La situation ne s'est pas non plus améliorée en Amérique centrale, dans les Caraïbes et en Asie du Sud. Même dans les régions qui connaissent une augmentation générale du taux de disponibilité, les pays qui se trouvent dans la fourchette basse en termes de consommation de substances placées sous contrôle ont des taux de disponibilité trop faibles.

127. Parmi les pays ayant des taux de disponibilité particulièrement faibles, certains comptent une population importante; par conséquent, une grande partie de la population mondiale n'a pas accès aux stupéfiants et aux substances psychotropes. En outre, même dans les pays qui ont enregistré des améliorations, les taux atteints ne sont pas nécessairement suffisants car le niveau de départ était très bas. Malgré les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs visés par les conventions, assez peu de pays disposent d'un système adéquat de gestion des approvisionnements ou de mécanismes

permettant une évaluation fiable en fonction des besoins ainsi qu'un accès équitable aux médicaments à des prix abordables.

128. Selon l'analyse de l'OICS, les carences des systèmes de gestion des approvisionnements en médicaments continuent de s'expliquer par le manque de ressources financières, l'insuffisance de l'infrastructure, le faible rang de priorité accordé aux soins de santé, la carence des autorités, le manque d'instruction et de formation professionnelle et la sclérose des connaissances; ce sont là autant de facteurs qui affectent la disponibilité non seulement des médicaments placés sous contrôle mais de tous les types de médicaments.

129. Pour améliorer véritablement la situation en ce qui concerne la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes, il faut aussi améliorer l'accès aux médicaments de tous types, en particulier dans les pays qui ne peuvent allouer au secteur de la santé que des ressources modiques et où les disparités économiques de plus en plus fortes, la satisfaction de besoins essentiels pressants et la médiocrité des infrastructures constituent les principaux obstacles à toute amélioration durable. Ces dernières années, la communauté internationale a pris davantage conscience du problème et de l'action que mènent les organisations intergouvernementales et non-gouvernementales pour assurer la disponibilité de drogues licites dans les régions sous-développées. Cependant, malgré cette prise de conscience accrue à l'échelle internationale, beaucoup de pays continuent d'ignorer le problème ou ignorent qu'il est relativement facile de dispenser un traitement efficace.

130. Il semble qu'un certain nombre de pays n'aient pas encore reconnu qu'un aspect essentiel de leur responsabilité envers leurs populations consiste à assurer une disponibilité suffisante de médicaments, notamment de stupéfiants et de substances psychotropes. Les pays qui n'évaluent même pas leurs besoins concernant certaines drogues et semblent ignorer les quantités nécessaires pour satisfaire les besoins médicaux de la population négligent cette responsabilité. Dans d'autres pays qui ne négligent pas cette responsabilité, d'autres obstacles persistent, tels que des règlements restrictifs qui n'ont plus de raison d'être, une interprétation erronée de réglementations par ailleurs bien fondées, une peur injustifiée et des préjugés profondément enracinés concernant l'utilisation d'opioïdes à des fins médicales.

131. L'OICS a toujours insisté sur le fait que les efforts visant à n'autoriser l'utilisation de stupéfiants et de substances psychotropes qu'à des fins médicales et scientifiques ne doivent pas en affecter la disponibilité à de telles fins. Par ailleurs, l'augmentation de l'utilisation, à des fins médicales légitimes, de substances placées sous contrôle est un processus qui doit être suivi de près. Il faut veiller tout particulièrement à répondre à la capacité d'absorption légitime des pays et à assurer le bon fonctionnement des mécanismes de sauvegarde afin de réduire au minimum les risques de mésusage et les fuites. L'OICS est d'avis que pour assurer la disponibilité, il est indispensable que le régime de contrôle soit géré par des services bien formés et efficaces, en mesure de déterminer les quantités nécessaires et les substances dont on manque, et de cerner les problèmes de distribution. Ces services seront également des partenaires responsables de coopération avec les organismes professionnels et les associations de consommateurs.

132. Pour être performant, un système de gestion de la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes, qu'il soit national ou international, doit avoir comme objectif général de soulager la

douleur et la souffrance et, à cet effet, de donner à ceux qui en ont besoin la possibilité de se procurer en toute sécurité des médicaments à des prix abordables, tout en empêchant leur détournement pour un usage illicite. Pour ce faire, les gouvernements s'acquitteront des tâches essentielles suivantes:

### Recommandations sur la disponibilité de stupéfiants et de substances psychotropes

a) Les gouvernements devraient évaluer les besoins réels des systèmes nationaux de soins de santé en ce qui concerne les substances placées sous contrôle international; calculer leurs besoins annuels et communiquer en temps voulu à l'OICS des évaluations des besoins en stupéfiants et en substances psychotropes. Si les besoins nationaux se situent dans la fourchette inférieure des besoins de la région, les gouvernements pourraient revoir d'un œil critique leurs méthodes d'évaluation des besoins en stupéfiants et en substances psychotropes à des fins médicales;

b) Les gouvernements devraient identifier les obstacles qui entravent la disponibilité de stupéfiants et de substances psychotropes (de nature politique, réglementaire, administrative) et prendre des mesures concrètes, étape par étape, pour les éliminer;

c) Les gouvernements devraient mettre en place un système de collecte d'informations auprès des établissements médicaux s'occupant de personnes atteintes de maladie mentale, de toxicomanes, de cas chirurgicaux, de patients atteints d'un cancer et d'autres patients, auprès des organismes qui œuvrent pour améliorer l'utilisation appropriée de stupéfiants et de substances psychotropes, et créer des groupes de personnes bien informées pour favoriser l'obtention de renseignements sur l'évolution des besoins médicaux; ils devraient en outre utiliser les principes directeurs disponibles pour évaluer les besoins réels en stupéfiants et substances psychotropes de leur pays;

d) Dans les pays qui ont atteint un niveau approprié de consommation de stupéfiants et de substances psychotropes, les gouvernements devraient ajouter à leurs évaluations annuelles des besoins en stupéfiants et en substances psychotropes une marge pour tenir compte d'une augmentation possible de la consommation sous l'effet de causes générales, telles que la croissance démographique, l'évolution des services de santé et les tendances de l'incidence des maladies et de leur traitement et, si nécessaire, ajouter une marge plus grande encore dans les pays ou territoires connaissant un développement économique et social rapide ou une expansion rapide de l'utilisation médicale de drogues, y compris l'introduction de nouvelles préparations ou drogues;

e) Les gouvernements qui connaissent des ruptures d'approvisionnement en stupéfiants et en substances psychotropes par suite de retards dans l'importation ou pour d'autres raisons devraient examiner la situation et mettre au point un système pour accomplir dans les délais voulus les étapes nécessaires, comme délivrer des licences, organiser les modalités de paiement, accomplir les formalités administratives, transporter les médicaments, les dédouaner et les distribuer aux établissements médicaux;

f) Les gouvernements devraient déterminer si leurs législations nationales sur les stupéfiants contiennent des éléments de la Convention de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972, qui

tiennent compte du fait que l'usage médical des stupéfiants demeure indispensable pour soulager la douleur et la souffrance et du fait que les mesures voulues doivent être prises pour assurer que des stupéfiants soient disponibles à ces fins, qu'une responsabilité administrative ait été prévue et qu'il y ait du personnel disponible pour appliquer ces lois;

g) Les gouvernements devraient déterminer s'il y a dans les lois, règlements et politiques administratives nationales sur les stupéfiants des restrictions injustifiées faisant obstacle à la prescription et la délivrance de stupéfiants et de substances psychotropes, au traitement médical nécessaire de malades à l'aide de stupéfiants et de substances psychotropes, ou à leur disponibilité et à leur distribution à ces fins, et faire les ajustements nécessaires;

h) Pour assurer une disponibilité suffisante de substances psychotropes au niveau mondial et dans certains pays en application de la résolution 53/4 de la Commission des stupéfiants, les gouvernements devraient recueillir les données statistiques les plus fiables sur la consommation de ces substances et les communiquer à l'OICS en temps voulu;

i) Les gouvernements devraient coopérer pleinement avec l'OICS pour assurer une disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes; ils devraient examiner leurs besoins médicaux en stupéfiants et en substances psychotropes, ainsi que les obstacles qui entravent leur disponibilité, et informer l'OICS des résultats de cet examen et de l'assistance dont ils auraient besoin; ils devraient en outre l'informer des progrès accomplis et des besoins concernant l'application des présentes recommandations;

### **Recommandations sur l'utilisation appropriée**

j) Les gouvernements devraient veiller à ce que les professionnels de la santé aient une formation théorique et pratique adéquate et soient informés de la méthode analgésique de l'OMS pour soulager la douleur cancéreuse; ils devraient examiner avec les professionnels de la santé les obligations légales applicables à la prescription et à la délivrance de stupéfiants et de substances psychotropes et donner l'occasion de discuter des questions qui les préoccupent;

k) Les gouvernements devraient faire en sorte que l'usage illicite de substances et l'usage rationnel de substances psychotropes figurent au programme des facultés universitaires concernées, des écoles de médecine et de pharmacie, des instituts de formation en soins infirmiers et autres;

l) Les gouvernements devraient stimuler, par des mesures de réglementation et de surveillance, un comportement déontologique en matière de commercialisation des produits pharmaceutiques; ils devraient garantir des normes professionnelles élevées en matière de thérapie (notamment pour ce qui est de l'établissement du diagnostic, du choix thérapeutique et de la prescription de médicaments);

m) Les gouvernements devraient sensibiliser le public à l'usage approprié des stupéfiants et des substances psychotropes, ainsi qu'au recours opportun à la pharmacothérapie conjuguée à

d'autres options thérapeutiques et ils devraient à cet effet assurer la participation active des organismes professionnels et des associations de consommateurs;

n) Les gouvernements devraient instituer un régime global d'enregistrement et d'homologation des médicaments et sélectionner de façon judicieuse et promouvoir des médicaments possédant une meilleure innocuité et d'un prix plus raisonnable, et encourager le recours à d'autres modalités de traitement fiables;

o) Les gouvernements devraient en outre favoriser la mise au point et l'usage d'agents thérapeutiques plus efficaces et plus sûrs (n'engendrant pas, ou à peine, la pharmacodépendance) pour remplacer les médicaments dont l'efficacité et l'innocuité sont médiocres. Les pays qui font face à des problèmes d'usage détourné de médicaments en associations ou de médicaments sous ordonnance sont tenus de prendre les mesures voulues pour remédier à cette situation;

### Recommandations sur les systèmes de contrôle nationaux

p) Les gouvernements devraient s'efforcer de surveiller de près l'offre et la consommation de substances placées sous contrôle internationale. L'expérience a montré qu'il faut accorder une attention particulière à l'adéquation de la législation et des arrangements administratifs, qui, le cas échéant doivent être adaptés aux nouvelles tendances et aux faits nouveaux;

q) Les gouvernements devraient établir un niveau suffisant d'autorité et de contrôle réglementaire sur l'offre de drogues au niveau national, notamment en ce qui concerne le contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes;

r) Les gouvernements devraient procéder à des inspections des fabricants, des exportateurs, des importateurs et des distributeurs de gros et de détail, ainsi que des stocks et des enregistrements, et prendre des mesures appropriées à l'encontre de ceux qui ne se conforment pas aux prescriptions légales et aux codes de conduite professionnelle applicables. Les activités des intermédiaires opérant sur le marché, comme les courtiers, doivent au besoin être réglementées;

s) Les gouvernements doivent veiller à doter les autorités nationales de réglementation pharmaceutique et les autres organismes concernés des ressources financières et humaines suffisantes et renforcer les capacités de leur personnel;

t) Les gouvernements doivent appliquer des politiques efficaces pour lutter contre les médicaments contrefaits et mettre en place un cadre juridique complet faisant du commerce de produits contrefaits une infraction pénale grave; les pays exportateurs doivent réglementer le processus en vue d'empêcher l'exportation de produits contrefaits ou de mauvaise qualité;

u) Les gouvernements devraient être informés des Lignes directrices types pour la fourniture, au niveau international, des médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence et les appliquer le mieux possible;

## Recommandations sur la prévention du détournement et de l'usage illicite

v) Les gouvernements devraient faire respecter la législation en vigueur pour que les stupéfiants et les substances psychotropes ne soient pas illégalement fabriqués, importés ou exportés et ne soient pas détournés au profit du marché non réglementé;

w) Les gouvernements devraient systématiquement recueillir des données sur l'usage détourné de médicaments délivrés sur ordonnance et inclure, dans la mesure du possible, les médicaments contenant des stupéfiants et des substances psychotropes dans leurs enquêtes nationales sur l'usage illicite de drogues, et à cet effet, inclure, le cas échéant, certains groupes spécifiques de substances ou certains stupéfiants et certaines substances psychotropes;

x) Compte tenu du caractère international du problème et pour compléter l'action des services de détection et de répression dans les pays dans les domaines susmentionnés, les gouvernements, ainsi que les organisations régionales et internationales, devraient conclure des accords intergouvernementaux pour la conduite d'opérations conjointes efficaces et l'application d'arrangements et de normes communes au niveau régional;

y) Les gouvernements devraient prendre rapidement des mesures efficaces pour donner suite aux précédentes recommandations de l'OICS concernant le commerce sur Internet et l'usage abusif des services postaux pour la contrebande de substances placées sous contrôle international.

133. L'appui de la communauté mondiale est indispensable pour atteindre l'objectif de la disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes dans le monde. Dans les pays qui présentent des niveaux de consommation faibles pour ces substances, les progrès sont généralement lents. Les conditions régnant sur les marchés et le régime d'approvisionnement en vigueur ne permettent pas d'assurer la disponibilité des médicaments nécessaires dans les pays à faibles revenus. La situation économique et financière de ces pays et l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire constituent des obstacles qui ne peuvent être surmontés par les pays seuls. L'on ne pourra progresser que sur la base d'une approche plus humanitaire conforme au régime des traités. Dans certains pays, cette approche pourrait comprendre la fourniture d'une assistance en vue d'établir des évaluations de référence plus fiables des besoins médicaux, ainsi que d'une aide dans les consultations avec les fournisseurs éventuels pour obtenir des conditions préférentielles.

134. L'OICS conclut que si les recommandations susmentionnées sont appliquées, d'autres progrès importants seront accomplis pour assurer une disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques. Il continuera d'examiner la situation et surveillera les suites données à ses recommandations. Pour promouvoir les progrès, il continuera:

a) De surveiller les évaluations annuelles pour les stupéfiants et les substances psychotropes communiquées par les gouvernements et, le cas échéant, engagera un dialogue pour déterminer les besoins non satisfaits et s'assurer que les évaluations annuelles des besoins en stupéfiants et en substances psychotropes ne sont ni surestimées, ni sous-estimées;

b) De veiller à ce que les évaluations supplémentaires soient confirmées rapidement et que les évaluations modifiées des substances psychotropes communiquées par les gouvernements soient traitées pour aider ces derniers à faire face aux besoins imprévisibles;

c) D'examiner régulièrement les faits nouveaux pertinents aux niveaux national et international pour améliorer la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes à des fins médicales, et d'incorporer dans son rapport annuel les informations mises à jour et les observations;

d) D'encourager les gouvernements à mettre au point des systèmes de distribution des médicaments qui soient bien contrôlés et qui assurent la disponibilité des stupéfiants et des substances psychotropes aux malades traités dans les hôpitaux et dans la communauté;

e) De coopérer avec l'UNODC pour inclure dans la législation nationale type sur le contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes des dispositions reconnaissant l'obligation d'assurer une disponibilité suffisante de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques;

f) De répondre à la demande de la Commission des stupéfiants dans le domaine de la disponibilité de substances placées sous contrôle international et de l'aider à rappeler aux parties à la Convention de 1961 et à la Convention de 1971 leurs obligations en la matière;

g) De coopérer avec l'OMS pour aider les gouvernements à mettre au point des systèmes de distribution des médicaments, dûment contrôlés, capables de fournir des stupéfiants et des substances psychotropes aux malades traités dans les hôpitaux et dans la collectivité;

h) De signaler à la communauté internationale les nouvelles tendances en matière d'usage détourné de préparations pharmaceutiques contenant des stupéfiants et des substances psychotropes;

i) De signaler à la communauté internationale les nouvelles méthodes de trafic de substances placées sous contrôle international;

j) D'aider les gouvernements à appliquer les dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues et les mesures de contrôle supplémentaires, comme le Conseil économique et social l'a demandé, ainsi que les principes directeurs pertinents de l'OICS.





## Annexe I

### Tableaux sur la consommation d'analgésiques opioïdes dans les régions

Tableau 1

**Niveaux de consommation de stupéfiants: consommation moyenne de stupéfiants, 2007-2009, par région et par jour**

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour)

Région	Codéine	Fentanyl	Hydro-codone	Hydro-morphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
<b>Amériques</b>	31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	<b>14 320</b>
<i>Amérique du Nord</i>	58	7 481	13 738	675	1 564	4 441	72	509	<b>28 536</b>
<i>Amérique du Sud</i>	5	120	8	1	68	8	10	2	<b>221</b>
<i>Amérique centrale et Caraïbes</i>	<<	32	4	<<	16	4	8	1	<b>65</b>
<b>Océanie</b>	70	2 727	<<	42	1 050	1 590	28	3	<b>5 510</b>
<b>Europe</b>	32	3 707	6	104	398	288	11	689	<b>5 236</b>
<b>Asie</b>	2	72	1	<<	14	7	5	4	<b>105</b>
<i>Asie occidentale</i>	2	123	-	<<	8	8	7	7	<b>155</b>
<i>Asie de l'Est et du Sud-Est</i>	3	102	<<	1	19	4	11	8	<b>146</b>
<i>Asie du Sud</i>	<<	3	1	-	7	<<	1	4	<b>17</b>
<b>Afrique</b>	4	22	<<	<<	10	<<	3	11	<b>50</b>

Note: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

Tableau 2  
 Niveaux de consommation de stupéfiants

## A. Amérique du Nord, Amérique du Sud et Amérique centrale et Caraïbes: consommation moyenne de stupéfiants, 2007-2009

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour)

Classement régional	Classement dans les Amériques	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
<b>Amérique du Nord</b>												
1	1	1	États-Unis d'Amérique	<<	9 904	20 066	673	2 060	5 962	88	734	<b>39 487</b>
2	2	2	Canada	783	9 432	253	2 909	2 080	4 932	151	92	<b>20 632</b>
3	21	91	Mexique <sup>a</sup>	-	74	-	1	9	1	-	-	<b>85</b>
<b>Moyenne régionale: Amérique du Nord</b>				<b>58</b>	<b>7 481</b>	<b>13 738</b>	<b>675</b>	<b>1 564</b>	<b>4 441</b>	<b>72</b>	<b>509</b>	<b>28 536</b>
<b>Amérique du Sud</b>												
1	3	20	îles Falkland (Malvinas) <sup>a</sup>	369	2 347	-	-	452	-	31	1 084	<b>4 283</b>
2	6	52	Argentine	14	103	42	-	250	12	2	20	<b>443</b>
3	8	55	Chili	69	198	-	-	108	5	7	1	<b>388</b>
4	9	57	Colombie	-	188	34	4	42	24	1	-	<b>295</b>
5	12	61	Brésil	<<	139	-	-	59	3	17	-	<b>218</b>
6	13	71	Uruguay	-	77	1	-	76	-	10	-	<b>164</b>
7	23	97	Venezuela (République bolivarienne du)	-	47	-	<<	9	14	1	-	<b>71</b>
8	25	105	Équateur	-	50	-	-	7	5	-	-	<b>62</b>
9	26	106	Suriname	27	12	-	-	18	-	4	-	<b>61</b>
10	27	107	Pérou	-	26	-	-	19	9	4	-	<b>58</b>
11	31	119	Paraguay	-	28	-	-	2	-	8	-	<b>38</b>
12	33	146	Guyana	2	4	-	-	3	-	1	-	<b>10</b>
13	34	159	Bolivie (État plurinational de)	-	<<	-	-	1	2	-	-	<b>3</b>
<b>Moyenne régionale: Amérique du Sud</b>				<b>5</b>	<b>120</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>68</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>221</b>
<b>Amérique centrale et Caraïbes</b>												
1	4	29	îles Caïmanes	18	1 465	181	32	89	714	408	2	<b>2 909</b>
2	5	41	Antilles néerlandaises	-	1 080	-	-	82	2	20	45	<b>1 229</b>
3	7	54	îles Turques et Caïques	2	133	-	-	10	151	57	39	<b>392</b>
4	10	58	Bahamas	8	8	-	-	40	96	140	-	<b>292</b>
5	11	59	Montserrat	223	<<	-	-	14	-	35	-	<b>272</b>
6	14	76	Trinité-et-Tobago <sup>a</sup>	-	17	-	-	42	-	78	-	<b>137</b>
7	15	79	Panama	-	104	-	-	7	-	8	-	<b>119</b>
8	16	83	Costa Rica	-	41	-	-	61	-	2	-	<b>104</b>
9	17	84	Sainte-Lucie	29	1	4	-	21	-	36	-	<b>91</b>
10	18	85	El Salvador	-	48	3	-	4	19	16	-	<b>90</b>
11	19	87	Cuba	-	44	-	-	36	-	6	2	<b>88</b>
12	20	89	Jamaïque	2	14	-	-	30	-	40	-	<b>86</b>

Classement régional	Classement dans les Amériques	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
13	21	91	Saint-Vincent-et-les Grenadines	1	5	-	-	30	-	49	-	85
14	24	103	Grenade	7	4	-	-	14	-	31	7	63
15	28	114	Guatemala	-	16	21	-	4	4	3	<<	48
16	29	115	Dominique	-	1	-	-	7	-	38	-	46
17	30	118	Nicaragua	-	30	-	-	7	2	<<	-	39
18	32	129	République dominicaine	-	15	-	-	8	1	<<	-	24
19	35	165	Haiti	<<	1	-	-	1	-	<<	-	2
<b>Moyenne régionale: Amérique centrale et Caraïbes</b>				<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
<b>Moyenne: Amériques</b>				31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320

Notes: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2010, le territoire ci-après d'Amérique du Nord n'avait pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives considérées: *Bermudes*; les huit pays et territoires ci-après d'Amérique centrale et des Caraïbes n'ont ni soumis de formulaire statistique ni de données relatives à la consommation pour les trois années consécutives considérées: *Anguilla*, *Antigua-et-Barbuda*, *Aruba*, *Barbade*, *Belize*, *îles Vierges britanniques*, *Honduras* et *Saint-Kitts-et-Nevis*.

<sup>a</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur deux années seulement.

**B. Consommation moyenne de stupéfiants en Océanie, 2007-2009**

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour)

Classement régional	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
1	13	Australie	108	4 058	<<	64	1 381	2 367	31	4	8 013
2	24	île Norfolk	42	2 740	-	-	393	213	15	-	3 403
3	32	Nouvelle-Calédonie	-	2 187	-	17	266	9	-	-	2 479
4	33	Nouvelle-Zélande	-	637	-	<<	1 192	479	56	<<	2 364
5	36	îles Wallis-et-Futuna	135	823	-	-	18	-	-	1 161	2 137
6	38	Polynésie française	-	1 263	-	7	141	6	1	-	1 418
7	40	île Christmas	9	818	-	-	12	487	8	-	1 334
8	51	Palaos	34	2	485	-	16	-	27	-	564
9	81	Îles Cook <sup>a</sup>	-	-	-	-	41	-	66	-	107
10	88	Tonga <sup>a</sup>	50	3	-	-	15	-	19	-	87
11	111	Nauru <sup>b</sup>	5	13	-	-	14	-	21	-	53
12	120	Îles Marshall <sup>b</sup>	-	7	-	-	15	-	11	-	33
13	123	Papouasie-Nouvelle-Guinée <sup>b</sup>	1	<<	-	-	15	-	15	-	31
		Vanuatu <sup>b</sup>	8	12	-	-	11	-	-	-	31
15	136	Samoa	-	1	-	-	7	-	7	-	15
<b>Moyenne régionale: Océanie</b>			<b>70</b>	<b>2 727</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>42</b>	<b>1 050</b>	<b>1 590</b>	<b>28</b>	<b>3</b>	<b>5 510</b>

Notes: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2010, les six pays et territoires ci-après n'avaient ni soumis de formulaire statistique ni fourni de données relatives à la consommation pour les trois années consécutives considérées: îles Cocos (Keeling), Fidji, Kiribati, Micronésie (États fédérés de), Îles Salomon et Tuvalu.

<sup>a</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur deux années seulement.

<sup>b</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur une année seulement.

### C. Consommation moyenne de stupéfiants en Europe, 2007-2009

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour)

Classement régional	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
1	3	Allemagne	1	12 772	41	615	619	836	14	4 421	19 319
2	4	Autriche	17	10 252	-	932	4 593	200	6	160	16 160
3	5	Belgique	22	10 613	42	126	366	72	13	3 460	14 714
4	6	Danemark	-	8 078	6	74	1 523	2 298	75	992	13 046
5	7	Suisse	98	7 649	67	232	1 238	717	80	2 963	13 044
6	8	Islande	4 818	5 607	-	48	919	249	8	841	12 490
7	9	Gibraltar	-	10 714	-	-	325	37	15	44	11 135
8	10	Pays-Bas	-	6 460	-	31	377	470	9	839	8 186
9	11	Espagne	-	7 702	-	53	180	107	22	8	8 072
10	12	Finlande	35	6 861	-	17	107	1 023	3	12	8 058
11	14	Norvège	16	5 284	6	12	810	1 225	32	241	7 626
12	15	Luxembourg	3	5 266	<<	120	197	2	4	1 431	7 023
13	16	Suède	-	4 763	<<	200	584	1 074	3	192	6 816
14	17	France	129	5 055	-	43	1 024	328	1	184	6 764
15	18	Slovénie	59	4 726	-	172	761	308	6	236	6 268
16	19	Irlande	-	4 413	2	111	269	525	24	<<	5 344
17	21	Grèce	<<	4 217	-	<<	14	<<	18	21	4 270
18	22	Royaume-Uni	1	1 281	<<	36	1 114	914	33	276	3 655
19	25	Hongrie	24	2 925	<<	57	36	19	5	300	3 366
20	26	République tchèque	60	2 444	-	117	142	193	37	64	3 057
21	27	Slovaquie	3	2 884	-	32	37	51	8	6	3 021
22	28	Italie	-	2 479	-	26	78	118	5	220	2 926
23	30	Croatie	397	2 121	-	9	51	30	4	<<	2 612
24	31	Pologne	221	2 055	-	<<	171	1	20	23	2 491
25	34	Andorre	-	2 203	-	-	74	71	13	-	2 361
26	35	Portugal	89	1 454	-	6	601	-	11	5	2 166
27	37	Serbie	<<	1 285	-	21	21	<<	2	494	1 823
28	42	Lituanie	<<	999	-	-	75	<<	19	<<	1 093
29	44	Monténégro	-	919	-	-	3	-	2	3	927
30	45	Lettonie	2	734	-	-	57	7	6	14	820
31	46	Estonie	<<	555	-	-	112	113	24	1	805
32	47	Chypre	-	474	-	-	72	81	39	-	666
33	48	Bosnie-Herzégovine	1	460	-	-	17	-	<<	140	618
34	53	Bulgarie	-	95	-	-	197	31	8	81	412
35	56	Malte	<<	67	-	<<	239	-	53	2	361
36	69	Roumanie	-	93	-	1	34	40	5	-	173
37	74	Bélarus	-	118	-	-	14	-	-	24	156
38	81	Fédération de Russie	<<	75	-	-	12	-	-	20	107

RAPPORT SUR LA DISPONIBILITÉ DES DROGUES PLACÉES SOUS CONTRÔLE INTERNATIONAL

Classement régional	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
39	98	Albanie	-	28	-	-	20	-	3	18	69
40	101	République de Moldova	-	30	-	-	27	-	-	9	66
41	122	Ukraine	13	11	-	-	6	-	-	2	32
42	127	ex-République yougoslave de Macédoine	-	25	-	-	1	-	-	-	26
<b>Moyenne régionale: Europe</b>			<b>32</b>	<b>3 707</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	<b>398</b>	<b>288</b>	<b>11</b>	<b>689</b>	<b>5 236</b>

Note: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

### D. Consommation moyenne de stupéfiants en Asie de l'Est et du Sud-Est, Asie du Sud et Asie occidentale, 2007-2009

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour)

Classement régional	Classement en Asie	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
<b>Asie de l'Est et du Sud-Est</b>												
1	2	39	République de Corée	15	1 079	16	26	50	128	15	13	1 342
2	3	43	Japon	25	805	-	-	76	98	3	16	1 023
3	6	62	Hong Kong (Chine)	<<	89	2	<<	86	<<	20	11	208
4	7	63	Singapour	<<	127	<<	-	31	20	19	<<	197
5	13	73	Macao (Chine)	-	100	-	-	42	<<	16	<<	158
6	15	80	Malaisie	-	60	-	-	33	5	18	<<	116
7	16	86	Brunei Darussalam	-	34	-	-	33	-	20	2	89
8	19	99	Chine	2	37	<<	<<	17	2	10	<<	68
9	20	100	Thaïlande	<<	36	-	-	23	-	8	-	67
10	23	110	Mongolie	2	6	-	-	47	-	-	1	56
11	26	125	République populaire démocratique de Corée	7	-	-	-	23	-	-	-	30
12	27	126	Viet Nam	-	17	-	-	8	-	4	-	29
13	35	145	Philippines	-	4	-	<<	4	2	1	-	11
14	36	148	Indonésie	-	6	-	-	1	-	2	-	9
15	41	157	Cambodge	1	3	-	-	2	-	<<	-	6
16	43	159	République populaire démocratique lao <sup>a</sup>	-	1	<<	-	<<	-	2	-	3
17	47	179	Myanmar	<<	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
<b>Moyenne régionale: Asie du Sud et du Sud-Est</b>				<b>3</b>	<b>102</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>146</b>
<b>Asie du Sud</b>												
1	28	127	Sri Lanka	-	3	-	-	16	-	7	-	26
2	29	130	Bhoutan <sup>b</sup>	7	1	-	-	3	-	10	-	21
3	30	134	Inde	-	4	1	-	8	<<	<<	4	17
4	34	144	Maldives <sup>a</sup>	-	3	-	-	4	-	5	-	12
5	36	148	Népal	-	1	-	-	6	-	2	-	9
6	40	153	Bangladesh <sup>a</sup>	-	1	-	-	1	-	5	-	7
<b>Moyenne régionale: Asie du Sud</b>				<b>&lt;&lt;</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>Asie occidentale</b>												
1	1	23	Israël	86	2 719	-	2	140	500	26	9	3 482
2	4	50	Turquie	-	513	-	-	23	-	15	44	595

RAPPORT SUR LA DISPONIBILITÉ DES DROGUES PLACÉES SOUS CONTRÔLE INTERNATIONAL

Classement régional	Classement en Asie	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
3	5	60	Bahreïn	2	131	-	-	47	-	51	-	231
4	8	64	Arabie saoudite <sup>a</sup>	22	132	-	1	16	2	22	<<	195
5	9	65	Koweït	6	126	-	<<	13	5	41	-	191
6	10	66	Jordanie	-	111	-	<<	43	-	32	-	186
7	11	67	Liban	-	125	-	-	35	-	24	1	185
8	12	68	Émirats arabes unis	<<	143	-	4	14	3	11	4	179
9	14	75	Qatar	1	100	-	-	27	1	22	2	153
10	17	94	Géorgie	<<	33	-	-	39	-	-	2	74
11	18	96	République arabe syrienne	-	23	-	-	3	35	11	-	72
12	21	102	Kazakhstan	<<	40	-	-	4	-	-	20	64
13	22	103	Oman	1	33	-	-	19	-	10	<<	63
14	24	115	Iran (République islamique d')	-	28	-	-	-	-	18	-	46
15	25	117	Arménie	-	14	-	-	26	-	-	2	42
16	31	136	Azerbaïdjan	-	11	-	-	2	-	-	2	15
			Turkménistan	<<	3	-	-	6	-	-	6	15
18	33	140	Kirghizistan	<<	9	-	-	2	-	-	3	14
19	36	148	Yémen	-	7	-	<<	1	-	1	-	9
20	39	151	Ouzbékistan	<<	3	-	-	3	-	-	2	8
21	41	157	Iraq <sup>b</sup>	-	1	-	-	1	-	4	-	6
22	43	159	Pakistan	-	2	-	-	1	-	<<	-	3
			Tadjikistan	<<	2	-	-	<<	-	-	1	3
24	46	174	Afghanistan <sup>b</sup>	-	<<	-	-	1	-	<<	-	1
<b>Moyenne régionale: Asie occidentale</b>				<b>2</b>	<b>123</b>	<b>-</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>155</b>
<b>Moyenne: Asie</b>				<b>2</b>	<b>72</b>	<b>1</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>105</b>

Notes: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2010, le pays suivant d'Asie de l'Est et du Sud-Est n'avait pas soumis de formulaire statistique pour les trois années consécutives considérées: Timor-Leste.

<sup>a</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur deux années seulement.

<sup>b</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur une année seulement.



### E. Consommation moyenne de stupéfiants en Afrique, 2007-2009

(Doses quotidiennes déterminées à des fins statistiques par million d'habitants et par jour)

Classement régional	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
1	49	Afrique du Sud	63	274	-	-	125	<<	32	106	600
2	70	Sainte-Hélène	77	26	-	-	38	-	26	-	167
3	72	Algérie	-	26	-	-	3	-	<<	133	162
4	77	Tunisie	-	61	-	-	59	-	3	-	123
5	78	Seychelles	4	16	-	-	85	-	15	-	120
6	89	Jamahiriya arabe libyenne <sup>a</sup>	<<	62	-	-	1	-	23	-	86
7	93	Maurice <sup>a</sup>	-	15	-	-	24	-	36	-	75
8	95	île de l'Ascension <sup>a</sup>	-	21	-	-	14	-	38	-	73
9	107	Tristan da Cunha <sup>a</sup>	-	-	-	-	55	-	3	-	58
10	109	Namibie	<<	22	-	-	27	-	7	1	57
11	112	Cap-Vert	-	37	-	-	9	-	3	-	49
		Égypte	-	41	<<	<<	4	<<	4	-	49
13	120	Maroc	-	26	-	-	7	-	-	-	33
14	130	Botswana	-	1	-	-	15	-	5	<<	21
15	132	Ouganda <sup>a</sup>	5	-	-	-	13	-	1	-	19
16	133	Zimbabwe <sup>a</sup>	-	1	-	-	6	-	8	3	18
17	135	Kenya	-	1	-	-	6	-	6	3	16
18	136	Ghana	-	<<	-	-	1	-	14	-	15
19	140	Zambie	-	<<	-	-	4	-	10	-	14
20	142	Madagascar	-	1	-	-	<<	-	-	12	13
		Malawi	<<	<<	-	-	5	-	8	-	13
22	146	Gabon <sup>b</sup>	-	10	-	-	<<	-	<<	-	10
23	151	Lesotho <sup>a</sup>	-	1	-	-	<<	-	7	-	8
24	153	République démocratique du Congo	4	<<	-	-	2	-	<<	-	7
		Mozambique	-	2	-	-	4	-	1	-	7
		Sao Tomé-et-Principe	-	7	-	-	<<	-	-	-	7
27	159	Mauritanie <sup>a</sup>	-	3	-	-	<<	-	-	-	3
		Sénégal <sup>a</sup>	-	1	-	-	2	-	-	-	3
29	165	Angola <sup>a</sup>	-	1	-	-	<<	-	<<	-	2
		Bénin	-	1	-	-	<<	-	1	-	2
		Côte d'Ivoire	-	2	-	-	<<	-	-	-	2
		Érythrée	1	-	-	-	<<	-	1	-	2
		Éthiopie <sup>a</sup>	<<	<<	-	-	1	-	1	-	2
		Niger	<<	2	-	-	<<	-	<<	-	2
		Sierra Leone <sup>b</sup>	2	<<	-	-	<<	-	<<	-	2
		Togo	-	1	-	-	<<	-	1	-	2

Classement régional	Classement mondial	Pays ou territoire non métropolitain	Codéine	Fentanyl	Hydrocodone	Hydromorphone	Morphine	Oxycodone	Péthidine	Autres	Total
37	174	Burkina Faso	-	1	-	-	<<	-	<<	-	1
		Burundi <sup>a</sup>	<<	<<	-	-	<<	-	1	-	1
		Comores <sup>b</sup>	-	-	-	-	<<	-	1	-	1
		Soudan	-	<<	-	-	<<	-	1	-	1
41	179	Cameroun <sup>a</sup>	-	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
		Tchad <sup>b</sup>	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Mali <sup>a</sup>	-	<<	-	-	<<	-	-	-	<<
		Nigéria	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Rwanda	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		République-Unie de Tanzanie	-	-	-	-	<<	-	-	<<	<<
<b>Moyenne régionale: Afrique</b>			<b>4</b>	<b>22</b>	<<	<<	<b>10</b>	<<	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>50</b>

Notes: Le signe "<<" indique une quantité inférieure à 1 dose quotidienne déterminée à des fins statistiques par million d'habitants et par jour.

Au 1<sup>er</sup> novembre 2010, les 10 pays ci-après n'avaient ni soumis de formulaire statistique ni fourni de données relatives à la consommation pour les trois années consécutives considérées: Congo, Djibouti, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, République centrafricaine, Somalie et Swaziland.

<sup>a</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur deux années seulement.

<sup>b</sup> Le calcul se fait sur la base de données portant sur une année seulement.

## Annexe II

# Lettre conjointe du Président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants et du Président du Groupe des Nations Unies pour le développement

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

Le 24 août 2001

Cher collègue,

En tant que Coordonnateur résident du système des Nations Unies au niveau national, vous êtes appelé, de temps à autre, à appuyer l'action et faire entendre les préoccupations des organes et organismes des Nations Unies. Nous vous écrivons pour solliciter votre concours et votre assistance concernant certaines des questions et préoccupations intéressant particulièrement l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS).

L'OICS est une institution indépendante et quasi judiciaire chargée de surveiller l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Il a été créé en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 et ses 13 membres, élus par le Conseil économique et social, siègent à titre personnel et non en qualité de représentants de leur pays. Les membres de l'OICS sont issus de différents domaines de compétence se rapportant à la question de la drogue, et ils comprennent actuellement de hauts fonctionnaires des services de police/de détection et de répression, d'anciens diplomates, des médecins chevronnés et d'éminents chercheurs, entre autres. En vertu de la Convention de 1961, le Secrétaire général de l'ONU est tenu d'assurer le secrétariat de l'OICS; le Secrétaire de l'OICS et ses collaborateurs sont donc administrativement rattachés au Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), à Vienne, mais rendent compte à l'OICS pour toutes les questions de fond. Le mandat confié à l'OICS par les Conventions consiste à limiter la fabrication, le commerce et l'utilisation des drogues aux seules fins médicales et scientifiques. L'OICS est par conséquent investi de pouvoirs réglementaires et quasi judiciaires pour ce qui touche la fabrication et le commerce de médicaments contenant des substances placées sous contrôle international. L'OICS et le personnel de son secrétariat surveillent aussi le commerce international de produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de drogues.

Dans son rapport annuel pour 1999, l'OICS a mis en lumière la sous-consommation de médicaments destinés au traitement de la douleur forte et la disponibilité insuffisante de ces médicaments dans de nombreux pays en développement. Les pays où le taux d'incidence du cancer et du sida est élevé, par exemple, sont directement touchés vu que les médicaments qui permettraient de traiter la forte douleur associée à ces maladies ne sont souvent pas disponibles. Nous vous prions donc instamment de garder ces éléments à l'esprit lorsque vous définirez les priorités futures des programmes de développement du secteur sanitaire. Nous vous prions aussi instamment de soulever la question lorsque vous aborderez le thème de la santé et du développement avec les autorités, les donateurs et les organisations non gouvernementales dans le pays où vous opérez.

Par ailleurs, l'OICS envoie périodiquement des missions dans nos pays de programme. Celles-ci sont généralement constituées d'un ou de deux membres de l'OICS et d'un fonctionnaire du secrétariat de Vienne, et leur objectif varie selon le pays, qu'il s'agisse d'encourager l'adhésion à un ou plusieurs traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, d'examiner précisément l'application des traités ou d'établir des faits. Nous vous engageons à apporter votre plein concours à ces missions et à en rencontrer les membres pour discuter des questions de drogue qui se posent dans le pays où vous opérez.

Enfin, l'OICS publie, habituellement fin février, un rapport annuel faisant le point de la situation mondiale en matière de drogue au regard des conventions internationales en la matière et décrivant les activités menées au cours de l'année. Votre concours pour le lancement de ce rapport serait très apprécié.

Nous ne doutons pas qu'en tant que Coordonnateur résident du système des Nations Unies au niveau national vous vous montrerez coopérant et actif dans ces domaines où nos compétences respectives en matière d'aide au développement et d'application des conventions internationales relatives au contrôle des drogues peuvent changer le cours des choses.

Le Président  
du Groupe des Nations Unies  
pour le développement



Mark Malloch Brown

Le Président  
de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants



Hamid Ghodse

## Annexe III

# Lettre de relance conjointe du Président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants et du Président du Groupe des Nations Unies pour le développement

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

Le 24 février 2005

Cher Coordonnateurs résident,

En tant que Coordonnateur résident du système des Nations Unies au niveau national, vous êtes appelé à appuyer l'action et faire entendre les préoccupations des organes et organismes des Nations Unies. Comme en 2001, nous avons de nouveau le plaisir de vous présenter l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et souhaitons solliciter encore une fois votre concours et votre assistance concernant les questions et préoccupations qu'il traite.

L'OICS, créé en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, est chargé de surveiller l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. C'est une institution indépendante et quasi judiciaire composée de 13 membres élus par le Conseil économique et social et siégeant à titre personnel et non en qualité de représentants de leur pays. Les membres de l'OICS sont des spécialistes renommés issus de différents domaines de compétence se rapportant à la question de la drogue. Ils comprennent actuellement de hauts fonctionnaires des services de détection et de répression, d'anciens diplomates, des médecins et pharmaciens chevronnés, des spécialistes de la réduction de la demande et d'éminents universitaires et chercheurs.

L'OICS est assisté par un secrétariat assuré par le Secrétaire général de l'ONU et dirigé par un Secrétaire. Ce dernier et ses collaborateurs sont administrativement rattachés à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), à Vienne. En revanche, le Secrétaire rend compte à l'OICS pour toutes les questions de fond.

Le mandat confié à l'OICS par la Convention consiste à limiter la fabrication, le commerce et l'utilisation des drogues aux seules fins médicales et scientifiques. L'OICS est par conséquent investi de pouvoirs réglementaires et quasi judiciaires pour ce qui touche la fabrication et le commerce de médicaments contenant des substances placées sous contrôle international. Depuis l'entrée en vigueur de la Convention de 1988, l'OICS surveille aussi le commerce international de produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de drogues.

Les domaines particuliers dans lesquels nous souhaitons solliciter votre coopération, en tant que Coordonnateur résident, sont les suivants:

**Missions sur le terrain:** Pour entretenir le dialogue avec les pays, l'OICS envoie chaque année une vingtaine de mission dans différentes régions du monde. Ces missions sont généralement constituées d'un ou de deux membres de l'OICS accompagnés d'un fonctionnaire du secrétariat de Vienne, et leur objectif varie selon le pays, mais il consiste le plus souvent à encourager l'adhésion des États Membres aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues ou à examiner précisément l'application des traités par les gouvernements.

Les missions sont généralement préparées et organisées, d'un point de vue logistique, en coopération avec les gouvernements et l'UNODC. Cependant, dans beaucoup d'endroits, votre concours est requis, que ce soit pour prendre des dispositions pratiques ou pour donner aux membres de la mission des informations concrètes sur la situation qui prévaut en matière de drogues dans le pays où vous opérez.

**Lancement des rapports annuels de l'OICS:** L'OICS publie un rapport annuel d'activité qui est habituellement lancé en février. Si ce lancement se fait en coopération avec le Service d'information des Nations Unies, votre concours peut aussi être sollicité soit par l'OICS, soit par le gouvernement.

**Diffusion des conclusions de l'OICS:** Les conclusions des rapports de l'OICS sont portées à la connaissance de l'opinion publique du monde entier par des circuits nationaux et internationaux. Votre concours peut être sollicité à cet égard.

**Programmes d'action:** Les questions traitées par l'OICS sont pris en compte pour définir des politiques et des programmes d'action dans le domaine de la lutte contre la drogue et d'autres domaines apparentés. Parmi les questions dont l'OICS a récemment traité figurent l'accès aux drogues et leur disponibilité pour l'usage médical, en particulier dans les pays en développement; les drogues illicites et le développement économique, et la relation complexe entre mésusage de drogues, criminalité et violence au niveau local. Comme vous pouvez le voir, ces questions intéressent directement le mandat du PNUD. Aussi nous vous demandons, en tant que Représentant résident du PNUD et Coordonnateur résident des Nations Unies, d'envisager de les intégrer dans les priorités futures des programmes de développement, et de les aborder lors de vos discussions avec les autorités, les donateurs et les organisations non gouvernementales dans le pays où vous opérez.

Nous ne doutons pas qu'en tant que Coordonnateur résident du système des Nations Unies au niveau national vous vous montrerez coopérant et actif dans ces domaines où nos compétences respectives en matière d'aide au développement et d'application des conventions internationales relatives au contrôle des drogues peuvent changer le cours des choses.

Le Président  
du Groupe des Nations Unies  
pour le développement



Mark Malloch Brown

Le Président  
de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants



Hamid Ghodse

## Annexe IV

### Lettre du Président de l'Organe international de contrôle des stupéfiants à tous les pays

UNITED NATIONS  
INTERNATIONAL  
NARCOTICS  
CONTROL BOARD

INCB



NATIONS UNIES  
ORGANE  
INTERNATIONAL DE  
CONTRÔLE DES STUPÉFIANTS

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria  
Telephone: +43-1-26060, Telefax: +43-1-26060-5867/5868, Telex: 135612 uno a  
E-Mail: secretariat@incb.org Internet Address: <http://www.incb.org/>

Référence: INCB 114 (3) & 121 & 141  
Décision: 84/53

Le 24 avril 2006  
CU 2006/74

Excellence,

Au nom de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), j'ai l'honneur de rappeler les responsabilités de l'OICS en vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, qui sont d'encourager le respect, par les gouvernements, de ces traités et de surveiller le fonctionnement du système de contrôle international.

Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, dont les premières ont été adoptées il y a près d'un siècle, comptent parmi les conventions internationales les plus anciennes ratifiées par la plupart des pays. Les législations nationales s'en inspirent. Leur objectif était de créer un équilibre entre l'usage approprié des stupéfiants et des substances psychotropes et leurs effets indésirables comme l'abus et la dépendance, ce qui explique pourquoi la limitation de l'usage à des fins médicales et scientifiques en est l'élément essentiel. Ces dernières années, l'OICS a appelé l'attention des gouvernements sur le fait qu'il fallait non seulement assurer un contrôle international de la production, de la fabrication et du commerce international, mais aussi encourager et appuyer d'autres aspects de la prévention, notamment la réduction de la demande, afin de prévenir l'abus et la dépendance.

Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important à cet égard, en veillant à ce que l'équilibre entre les bienfaits et les risques soit maintenu et à ce que l'utilisation de stupéfiants et de substances psychotropes soit opportune et conforme aux recommandations pertinentes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) relatives à l'usage rationnel des médicaments. Toutefois, il est parfois difficile, pour les patients qui en ont besoin, de se procurer ces substances très efficaces, pour diverses raisons qui ont été évoquées dans le rapport de l'OICS pour 1999. La surconsommation de substances pharmaceutiques, qui crée d'autres problèmes dans certains pays, a fait quant elle l'objet d'un examen approfondi dans le rapport de l'OICS pour 2000. Ainsi, six pays consomment à eux seuls 80 % des analgésiques narcotiques produits licitement, tandis que 80 % de la population mondiale n'a pas ou que très peu accès à ces médicaments.

Les universités sont bien placées pour comprendre les différents facteurs qui influent sur la santé en relation avec le développement humain et pour examiner de quelle manière ce dernier peut être utilisé pour améliorer la qualité de vie. C'est pourquoi l'OICS estime que l'éducation et la formation des professionnels de la santé, de même que, le cas échéant, des professionnels dans les domaines du droit, de la réglementation, ainsi que des sciences sociales et comportementales, revêtent une importance primordiale. Il va de soi que les universités jouent un rôle prédominant en la matière, que ce soit par leurs activités de recherche et de sensibilisation, ou en veillant à ce que les sujets pertinents figurent dans les programmes d'études à tous les niveaux.

L'OICS m'a prié de soumettre ces éléments à l'attention de votre Gouvernement. Il souhaite plus particulièrement l'encourager à prendre des mesures pour que le sujet de l'utilisation rationnelle des médicaments à des fins médicales et des risques associés à l'abus de substances et aux dépendances soit inclus dans les programmes d'études des facultés concernées dans les universités, tout en préservant la cohérence des programmes dans les différents domaines d'études. Une action concertée pourrait englober le mésusage et l'abus d'alcool et de tabac, même si le mandat de l'OICS ne couvre pas ces domaines. L'OICS vous prie respectueusement de bien vouloir soumettre la présente à l'attention des ministres de l'enseignement supérieur, des recteurs des universités et des autres ministères concernés.

L'OICS et son secrétariat se feront un plaisir de mettre à la disposition de votre Gouvernement et des universités des exemplaires de ses rapports annuels et de ses publications, de manière à faciliter l'élaboration des programmes d'études en question.

Je joins à la présente, pour information, une brochure présentant l'OICS et ses fonctions.

Veillez agréer, Excellence, les assurances de ma très haute considération.

Le Président  
de l'Organe international  
de contrôle des stupéfiants



Hamid Ghodse





## L'Organe international de contrôle des stupéfiants

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) est un organe de contrôle indépendant et quasi judiciaire, créé par traité, qui est chargé de surveiller l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. Il a eu des prédécesseurs créés par les précédents traités relatifs au contrôle des drogues dès l'époque de la Société des Nations.

### Composition

L'OICS se compose de 13 membres élus par le Conseil économique et social, qui siègent à titre personnel et non en qualité de représentants de leur pays. Trois membres ayant une expérience dans les secteurs de la médecine, de la pharmacologie ou de la pharmacie sont choisis sur une liste de personnes désignées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et 10 membres sur une liste de personnes désignées par les gouvernements. Les membres de l'OICS doivent être des personnes qui, par leur compétence, leur impartialité et leur désintéressement, inspirent la confiance générale. Le Conseil prend, en consultation avec l'OICS, toutes les dispositions nécessaires pour que celui-ci puisse s'acquitter de ses fonctions en toute indépendance sur le plan technique. L'OICS a un secrétariat chargé de l'aider dans l'exercice de ses fonctions en matière d'application des traités. Le secrétariat de l'OICS est une unité administrative de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime mais, pour les questions de fond, il en réfère exclusivement à l'OICS. L'OICS collabore étroitement avec l'Office dans le cadre des arrangements approuvés par le Conseil économique et social dans sa résolution 1991/48. Il collabore également avec d'autres organismes internationaux qui s'occupent aussi du contrôle des drogues. Au nombre de ces organismes figurent non seulement le Conseil et sa Commission des stupéfiants, mais aussi les institutions spécialisées des Nations Unies compétentes en la matière, en particulier l'OMS. L'OICS coopère en outre avec des organismes qui n'appartiennent pas au système des Nations Unies, en particulier l'Organisation internationale de police criminelle (INTERPOL) et l'Organisation mondiale des douanes.

### Fonctions

Les fonctions de l'OICS sont énoncées dans les instruments internationaux suivants: Convention unique sur les stupéfiants de 1953, telle que modifiée par le Protocole de 1972; Convention de 1971 sur les substances psychotropes; et Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. En gros, les fonctions de l'OICS sont les suivantes:

- a) En ce qui concerne la fabrication, le commerce et l'usage licites des drogues, l'OICS, agissant en coopération avec les gouvernements, s'efforce de faire en sorte que les drogues requises à des fins médicales et scientifiques soient disponibles en quantités suffisantes et d'empêcher le détournement des drogues des sources licites vers les circuits illicites. L'OICS surveille également la façon dont les gouvernements contrôlent les produits chimiques utilisés dans la fabrication illicite des drogues et les aide à prévenir le détournement de ces produits vers le trafic illicite;
- b) En ce qui concerne la fabrication, le trafic et l'usage illicites des drogues, l'OICS met en évidence les lacunes qui existent dans les systèmes de contrôle national et international et contribue à y remédier. Il est également chargé d'évaluer les produits chimiques utilisés dans la fabrication illicite des drogues, afin de déterminer s'il y a lieu de les placer sous contrôle international.

Pour s'acquitter des tâches qui lui sont imparties, l'OICS:

- a) Administre le régime des évaluations pour les stupéfiants et un système volontaire de prévisions pour les substances psychotropes et surveille les activités licites relatives aux drogues à l'aide d'un système de rapports statistiques, pour aider les gouvernements à réaliser, notamment, un équilibre entre l'offre et la demande;
- b) Suit et appuie les mesures prises par les gouvernements pour prévenir le détournement de substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes et évalue les substances de ce type afin de déterminer s'il y a lieu de modifier le champ d'application des Tableaux I et II de la Convention de 1988;
- c) Analyse les renseignements fournis par les gouvernements, les organes de l'ONU, les institutions spécialisées ou d'autres organisations internationales compétentes, afin de veiller à ce que les dispositions des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues soient appliquées de façon appropriée par les gouvernements, et recommande des mesures correctives;
- d) Entretient un dialogue permanent avec les gouvernements pour les aider à s'acquitter de leurs obligations en vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues et recommande à cette fin, le cas échéant, qu'une assistance technique ou financière leur soit fournie.

L'OICS est appelé à demander des explications en cas de violation manifeste des traités, à proposer aux gouvernements qui n'en appliquent pas entièrement les dispositions, ou rencontrent des difficultés à les appliquer, des mesures propres à remédier à cette situation et à les aider, le cas échéant, à surmonter ces difficultés. Si, toutefois, l'OICS constate que les mesures nécessaires pour remédier à une situation grave n'ont pas été prises, il peut porter le problème à l'attention des parties intéressées, de la Commission des stupéfiants et du Conseil économique et social. En dernier recours, les traités autorisent l'OICS à recommander aux parties de cesser d'importer ou d'exporter des drogues, ou les deux, en provenance ou à destination du pays défaillant. En toutes circonstances, l'OICS agit en étroite collaboration avec les gouvernements.

L'OICS aide les administrations nationales à s'acquitter de leurs obligations en vertu des conventions. Pour ce faire, il propose des séminaires et stages de formation régionaux à l'intention des administrateurs chargés du contrôle des drogues et y participe.

## Rapports

En vertu des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, l'OICS doit établir un rapport annuel sur ses activités. Ce rapport, dans lequel est analysée la situation mondiale en matière de contrôle des drogues, permet aux autorités nationales d'actualiser leur connaissance des problèmes qui se posent ou risquent de se poser et qui sont de nature à compromettre la réalisation des objectifs des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. L'OICS appelle l'attention des gouvernements sur les lacunes et les insuffisances constatées dans le domaine du contrôle national et de l'application des traités. En outre, il suggère et recommande des améliorations aux niveaux international et national. Le rapport est fondé sur les renseignements communiqués par les gouvernements à l'OICS, aux entités du système des Nations Unies et aux autres organisations. Il utilise aussi des informations fournies par l'intermédiaire d'autres organisations internationales, telles qu'INTERPOL et l'Organisation mondiale des douanes, ainsi que des organisations régionales.

Le rapport annuel de l'OICS est complété par des rapports techniques détaillés qui présentent des données concernant les mouvements licites de stupéfiants et de substances psychotropes utilisés à des fins médicales et scientifiques et l'analyse par l'OICS de ces données. Ces données sont nécessaires au bon fonctionnement des mécanismes de contrôle des mouvements licites de stupéfiants et de substances psychotropes, de façon à éviter qu'ils ne soient détournés vers les circuits illicites. De plus, en vertu des dispositions de l'article 12 de la Convention de 1988, l'OICS fait rapport chaque année à la Commission des stupéfiants sur l'application dudit article. Ce rapport, qui fait état des résultats du contrôle des précurseurs et des substances chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, est également publié comme supplément au rapport annuel.

Depuis 1992, le premier chapitre du rapport annuel est consacré à un problème précis relatif au contrôle des drogues, au sujet duquel l'OICS présente ses conclusions et recommandations afin de contribuer aux discussions et aux décisions en matière de contrôle des stupéfiants sur le plan national, régional et international. Les thèmes ci-après ont été traités dans les rapports annuels antérieurs:

- 1992: Légalisation de l'utilisation non médicale des drogues
- 1993: Importance de la réduction de la demande
- 1994: Évaluation de l'efficacité de traités internationaux relatifs au contrôle des drogues
- 1995: Priorité à la lutte contre le blanchiment de l'argent
- 1996: L'abus des drogues et le système de justice pénale
- 1997: Comment prévenir l'abus des drogues dans un environnement propice à la promotion des drogues illicites?
- 1998: Contrôle international des drogues: passé, présent et avenir
- 1999: Vaincre la douleur
- 2000: Surconsommation des substances pharmaceutiques placées sous contrôle international
- 2001: Les défis en matière de répression antidrogue à l'ère de la mondialisation et des nouvelles technologies
- 2002: Les drogues illicites et le développement économique
- 2003: Drogues, criminalité et violence: impact au microniveau
- 2004: Intégration des stratégies de réduction de l'offre et de la demande: au-delà d'une approche équilibrée
- 2005: Développement alternatif et moyens de subsistance légitimes
- 2006: Drogues placées sous contrôle international et marché non réglementé
- 2007: Le principe de proportionnalité et les infractions liées à la drogue
- 2008: Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues: histoire, réussites et défis
- 2009: La prévention primaire de l'abus de drogues

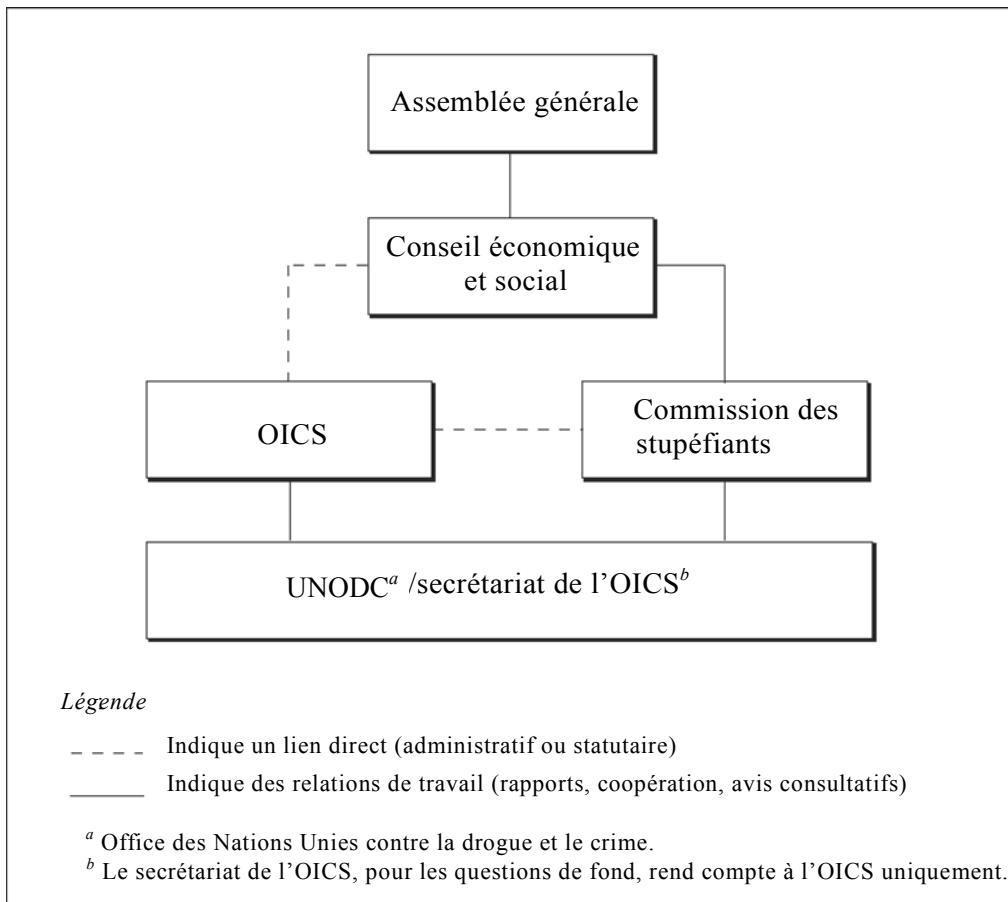
Le chapitre premier du rapport de l'OICS pour 2010 est intitulé "Les drogues et la corruption".

Le chapitre II analyse le fonctionnement du système de contrôle international des drogues en se basant essentiellement sur les renseignements communiqués directement par les gouvernements à l'OICS conformément aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. L'accent est mis sur le contrôle à l'échelle mondiale de toutes les activités licites relatives aux stupéfiants, aux substances psychotropes et aux substances chimiques utilisées dans la fabrication illicite des drogues.

Le chapitre III présente certaines des grandes tendances en matière de trafic et de mésusage de drogues et les mesures prises par les gouvernements pour appliquer les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues en s'attaquant à ces problèmes. Des observations concrètes sont formulées au sujet de l'état du contrôle des drogues dans chacun des pays où une mission ou une visite technique de l'OICS a eu lieu.

Le chapitre IV contient les principales recommandations adressées par l'OICS aux gouvernements, à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, à l'OMS et aux autres organisations internationales et régionales compétentes.

## Le système des Nations Unies, les organes de contrôle des drogues et leur secrétariat



كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة  
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم  
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

**HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS**

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

**COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES**

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

**КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

**CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS**

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Publication des Nations Unies  
Imprimé en Autriche

Numéro de vente: F.11.XI.7  
E/INCB/2010/1/Supp.1



V.10-58066— Février 2011— 1 785

12 USD  
ISBN 978-92-1-248181-4



9 789212 481814