



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



# 146<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 21 au 25 juin 2010

*Point 4.5 de l'ordre du jour provisoire*

CE146/13, Rev.1 (Fr.)

27 mai 2010

ORIGINAL : ANGLAIS

## STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

### Introduction

1. Le présent document propose une stratégie Régionale de santé publique visant à répondre aux problèmes de santé associés à l'usage de substances psychoactives<sup>1</sup> aux Amériques. L'approche de santé publique des troubles liés à l'usage de substances psychoactives porte essentiellement sur la prévention, l'intervention précoce, la réduction des dommages sanitaires et sociaux, le traitement, la réhabilitation et la gestion des systèmes de santé. Cette approche tient également compte de l'épidémiologie de l'usage de substances psychoactives dans des populations où cet usage est à la fois épidémique et endémique. En réduisant la demande de substances psychoactives grâce à des mesures de prévention universelles, sélectives et indiquées (*I*), l'approche de santé publique sert de complément aux efforts visant à contrôler l'offre ainsi qu'aux interventions de justice pénale qui y sont liées.

2. La stratégie comprend cinq domaines d'intervention : élaboration de politiques nationales et allocation de ressources, promotion de la prévention universelle, systèmes d'intervention précoce, de soins et de traitement, recherche, contrôle et évaluation et création de partenariats stratégiques. Cette stratégie complète la stratégie et le plan

---

<sup>1</sup> Les substances psychoactives, mieux connues sous le nom de psychotropes, sont des substances qui ont la capacité de modifier la conscience, l'humeur ou les processus de la pensée d'un individu. Les substances psychoactives agissent sur les mécanismes du cerveau qui, normalement, règlent les fonctions de l'humeur, de la pensée et de la motivation. Dans le présent document, l'accent est mis sur les hypnotiques et les sédatifs, les opioïdes, le cannabis, la cocaïne, les amphétamines et les autres stimulants, les hallucinogènes et les inhalants psychoactifs. L'alcool et la nicotine (contenue dans les produits du tabac) ne sont pas inclus parce qu'ils relèvent d'autres stratégies.

d'action sur la santé mentale de l'OPS (document CD49/11),<sup>2</sup> adoptés par le Conseil directeur en 2009 (résolution CD49.R17).<sup>3</sup>

### **Antécédents**

3. En réponse au fardeau croissant des maladies attribuables à l'usage de substances psychoactives dans la Région, les États membres ont appuyé plusieurs résolutions et stratégies visant à réduire l'impact de certaines substances (comme le tabac), et ont reconnu la nécessité d'aborder les préoccupations plus vastes liées à la santé, comme le VIH/sida (documents CD45/11 [2004] et CD46/20 [2005]), la santé des adolescents (document CD48/8 [2008]), la sécurité routière (document CD48/20 [2008]), la santé mentale (document CD49/11 [2009]) et la sécurité humaine (projet de résolution, 2010). L'OPS a récemment publié un rapport Régional sur l'épidémiologie de l'usage des drogues dans les pays d'Amérique latine (2). Babor et autres (3) ont mené une revue, à l'échelle internationale, des preuves scientifiques à l'appui des approches en matière de politiques concernant le contrôle de l'offre et la réduction de la demande concernant les substances illicites. Des informations sur l'usage de substances illicites sont incluses dans l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire (GSHS) réalisée dans plusieurs pays de la Région<sup>4</sup> (voir tableau 1 à l'annexe A). Le programme *Familias Fuertes* (familles fortes)<sup>5</sup> favorise la prévention de l'usage de substances psychoactives par le renforcement de la communication entre les jeunes et les parents et la prévention des comportements dangereux chez les jeunes.

4. L'usage de substances psychoactives et les troubles connexes font partie du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et du Plan stratégique 2008-2012, qui guident les interventions collectives réalisées par les acteurs nationaux, Régionaux et internationaux. En 2009, l'OMS et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) ont lancé un programme commun sur le traitement et les soins relatifs à la toxicomanie, qui vise à accroître l'application de politiques, de stratégies et d'interventions factuelles et conformes à l'éthique concernant le traitement et les soins relatifs à la toxicomanie dans les pays à faible revenu et à revenu moyen. L'OMS a lancé le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP) en octobre 2008 afin de renforcer, en priorité, les capacités dans les pays à revenu moyen et à faible revenu en vue de réduire le fardeau des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives partout dans le monde. Le programme se fonde sur des études Cochrane menées sur la documentation existante qui porte sur l'efficacité des

---

<sup>2</sup> Disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr).

<sup>3</sup> Disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr).

<sup>4</sup> Voir <http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html> pour plus de renseignements.

<sup>5</sup> Voir [http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-familias\\_fuertes.htm](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-familias_fuertes.htm) pour plus de renseignements.

interventions concernant les troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues. La Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogues (CICAD) a récemment approuvé (mai 2010) une nouvelle stratégie en matière de drogue pour les Amériques. L'OPS est bien placée pour fournir au secteur de la santé les outils et les méthodologies nécessaires pour comprendre et aborder de manière efficace les causes et les conséquences de l'usage de substances psychoactives, en intégrant et en favorisant les meilleures pratiques décrites dans les documents et programmes d'organisations diverses.

### **Analyse de la situation**

5. Bien que les troubles liés à l'usage de substances psychoactives soient plus présents dans les pays développés des Amériques, le fardeau sanitaire de ces problèmes de santé, en particulier quant aux années de vie corrigées de l'incapacité, est ressenti de manière disproportionnée dans les pays à faible revenu et à revenu moyen. La prévalence de l'usage de drogues chez les jeunes varie considérablement mais, en général, celui-ci se concentre dans les zones urbaines des pays qui connaissent une transition rapide, comme le Brésil, la Colombie et le Mexique. En plus de l'alcool et du tabac, les substances les plus largement consommées dans la Région sont le cannabis, la cocaïne et les solvants volatils (4).

6. En ce qui concerne les stratégies de réduction de la demande, les éléments de preuve semblent indiquer qu'il existe diverses options de traitement et d'intervention précoce permettant de combattre l'usage nocif des drogues et la toxicomanie (3,9). Des investissements substantiels dans des services d'intervention et de traitement précoces fondés sur des données probantes peuvent réduire les problèmes liés à la drogue. Les preuves à l'appui les plus fortes concernent les services destinés aux individus ayant une dépendance aux opiacés. Ces services sont également efficaces afin de réduire la criminalité liée à la drogue et la propagation de l'infection au VIH. Les programmes d'échange de seringues ont aussi fait l'objet d'une évaluation favorable parce qu'ils favorisent les pratiques d'injection sans danger et qu'ils font participer les utilisateurs de drogues injectables à des traitements et à d'autres services de santé. Les efforts d'éducation en milieu scolaire portant sur les drogues et les programmes communautaires de prévention ont, collectivement, un impact très modeste. Les programmes de prévention universelle de grande envergure qui visent tous les aspects de la vie des adolescents sont plus prometteurs que les programmes purement pédagogiques dont la communication est opérée par le biais des salles de classe, des médias ou du milieu communautaire. Les programmes d'intervention précoce se sont avérés encore plus prometteurs (10), en particulier lorsqu'un dépistage et de brèves interventions sont menés systématiquement dans un contexte de soins de santé primaires et d'autres contextes de soins de santé.

7. Des éléments de preuve substantiels appuient une gamme de stratégies de réduction de la demande, y compris celles qui visent à réduire les risques liés à l'usage de drogues injectables. Le défi est de diffuser ces stratégies, ainsi que d'organiser et d'offrir des services de prévention et de traitement par l'intermédiaire des systèmes de santé publique nationaux ou infranationaux qui répondront aux besoins de populations données. Il faut doter ces services en ressources humaines et financières appropriées et s'assurer d'un engagement politique visant à inclure une dimension sanitaire au sein de toutes les politiques relatives aux substances psychoactives et à élargir l'accès au traitement et aux soins relatifs aux problèmes de santé liés à l'usage de substances psychoactives.

### **Cadre stratégique**

8. Le projet de stratégie Régionale de santé publique nécessite une expansion du rôle de l'OPS quant à la coordination et à la mise en œuvre d'une approche multilatérale de santé publique concernant les problèmes liés à l'usage de substances psychoactives dans la Région. La promotion de mesures de santé publique vise à compléter, plutôt qu'à supplanter, les mesures exclusives de contrôle de l'offre et d'exécution de la loi en matière d'usage de drogues. Cette stratégie abordera aussi la nécessité pour le secteur de la santé publique d'accorder plus d'attention aux groupes vulnérables au sein de la population.

### **Principes et valeurs**

9. La stratégie met l'accent sur les principes et valeurs suivants :
- a) Respect du droit à la possession du meilleur état de santé qui puisse être atteint (« droit à la santé ») et des autres droits de l'homme connexes que possèdent les personnes affectées par des troubles liés à l'usage de substances psychoactives.<sup>6</sup>
  - b) Participation de la collectivité à la conception et à la mise en œuvre de politiques de contrôle des drogues aux niveaux local et national, sur la base des meilleures preuves scientifiques disponibles.

---

<sup>6</sup> Voir le Plan stratégique 2008-2012 pour le BSP, Objectif stratégique 7, adopté par la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en octobre 2007 et amendé en septembre 2009. Disponible à l'adresse : [http://intranet.paho.org/DPM/PPS/0\\_OD\\_328\\_post-PASC\\_strat\\_Plan\\_eng\\_0908.pdf](http://intranet.paho.org/DPM/PPS/0_OD_328_post-PASC_strat_Plan_eng_0908.pdf). Voir aussi le document CD47/15 et la résolution CD47.R1 portant sur *Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes*, adoptés par le 47<sup>e</sup> Conseil directeur, septembre 2006. Disponible à l'adresse : [www.paho.org/french/gov/cd/CD47-15-f.pdf](http://www.paho.org/french/gov/cd/CD47-15-f.pdf).

c) dans le contexte des budgets nationaux, reconnaissance des déterminants sociaux de la santé comme facteurs critiques qui doivent être abordés dans le cadre des efforts de prévention (par exemple éducation de qualité, emplois intéressants, activités économiques de remplacement, accès à l'information et participation sociale).

10. Plusieurs thèmes transversaux couvrent tous les domaines stratégiques, dont l'égalité entre les sexes, l'équité, la promotion de la santé, la sensibilité aux questions ethniques et raciales et les droits de l'homme. L'OPS adoptera une approche intégrée quant à la mise en œuvre de cette stratégie, travaillant en collaboration avec d'autres organisations, en particulier UNODC et CICAD.

11. *Vision* : l'OPS coordonne des efforts de collaboration réalisés par les États membres visant à mettre en œuvre des mesures de santé publique qui cherchent à réduire le fardeau de l'usage de substances psychoactives aux Amériques.

12. *But* : promouvoir le renforcement d'une réponse intégrée de santé publique de la part du secteur de la santé et d'autres secteurs connexes par la mise en œuvre de plans d'action appropriés en matière de prévention et de traitement, ainsi que de réhabilitation des individus atteints de troubles liés à l'usage de substances psychoactives.

## **Domaines stratégiques**

### **Domaine stratégique 1 - Élaboration et mise en œuvre de politiques, de plans et de lois nationaux de santé publique et allocation de ressources compatibles avec l'ampleur du problème que constitue l'usage de substances psychoactives**

13. Les États membres devront élaborer des plans nationaux ou réviser les plans nationaux existants afin que ceux-ci correspondent aux besoins et aux ressources du pays. Le plan national devra permettre de renforcer la prévention, la promotion de la santé, le traitement, la réintégration sociale et les activités de réduction des dommages, en particulier parmi les groupes à risque élevé au sein de la population. De telles activités de réduction de la demande ont été négligées dans les approches antérieures en matière de politiques relatives aux drogues ou ont été mises en œuvre sans évaluation ou sans preuve de leur efficacité. La stratégie actuelle fournit une vision pour l'intégration des services relatifs à l'abus de substances psychoactives au sein des systèmes généraux de soins de santé et des systèmes de santé publique. Il faut également des politiques visant à mettre en œuvre ou à réviser les cadres juridiques actuels et à guider la hiérarchisation de l'allocation des ressources entre le contrôle de l'offre et la réduction de la demande, ce qui dépendra en partie des besoins déterminés à partir des données épidémiologiques et des tendances projetées concernant l'usage des drogues. Les groupes à risque élevé méritant une attention particulière sont les sans-abris, les prisonniers, les travailleurs du

sexe, les enfants et les adolescents (en particulier ceux qui sont atteints de troubles mentaux et ceux qui ont été victimes de violence), les utilisateurs de drogues injectables et les femmes enceintes (voir l'annexe A).<sup>7</sup>

14. La coordination, des activités de plaidoyer et la mobilisation sociale multisectorielles sont les composantes essentielles d'une approche globale de promotion de la santé. La CICAD a élaboré un cadre visant à guider la formulation d'une politique nationale concernant les drogues (11). Ce cadre comprend une série d'étapes logiques visant à déterminer les besoins essentiels d'un pays, à amener les intervenants appropriés à jouer un rôle dans l'élaboration des politiques, à évaluer les éléments de preuve qui appuient les stratégies efficaces et à mettre en œuvre une mesure du rendement afin d'évaluer les progrès réalisés et de fournir une rétroalimentation. Le projet de stratégie de l'OPS vise à compléter la stratégie de la CICAD pour les Amériques en élaborant ou en renforçant les aspects de santé publique de la réduction de la demande que le secteur de la santé des États membres mettra le plus probablement en œuvre.

## Objectifs

- 1.1 Faire en sorte qu'il existe des politiques et des plans nationaux en matière d'usage de substances psychoactives dans tous les pays comme éléments des politiques, des plans et des lois sanitaires généraux. Ces politiques et ces plans devront compléter la politique nationale globale relative aux drogues et être coordonnés à celle-ci, appuyer les buts existants en matière de santé publique et adhérer aux conventions, aux déclarations et aux recommandations sur les droits de l'homme des systèmes interaméricains et onusiens.
- 1.2 Renforcer la prévention, la promotion de la santé, le traitement, la réduction des dommages et la réintégration sociale, en particulier chez les groupes à risque élevé au sein de la population.

---

<sup>7</sup> Les États membres de l'OPS ont souligné le fait que les conventions et les normes internationales sur les droits de l'homme offrent un cadre conceptuel et juridique unificateur pour l'élaboration de stratégies visant à améliorer les services aux populations les plus vulnérables (dont les sans-abris, les prisonniers, les travailleurs du sexe, les enfants, les adolescents, les utilisateurs de drogues injectables et les femmes enceintes), ainsi que des mesures visant à assurer la reddition de comptes et à clarifier les responsabilités des divers acteurs. Par conséquent, il est important d'incorporer les dispositions des conventions, des déclarations et des recommandations des systèmes onusiens et interaméricains à des politiques, des plans et des lois relatifs à la réduction de l'abus de substances psychoactives. Une liste de conventions et de recommandations sur les droits de l'homme figure dans le document portant sur la stratégie et le plan d'action Régionaux sur la santé mentale de l'OPS (document CD49/11), disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr).

- 1.3 Mobiliser les ressources financières et humaines nécessaires à la mise en œuvre des activités prévues et faire en sorte que ces ressources soient utilisées surtout pour des services ambulatoires communautaires liés aux soins de santé primaires et intégrés au système général de soins de santé.

## **Domaine stratégique 2 - Promotion de la prévention universelle de l'usage de substances psychoactives, en mettant l'accent sur le développement psychosocial des enfants et des jeunes**

15. Les efforts réalisés doivent tenir compte de la diversité qui existe parmi les jeunes. Les mesures les plus efficaces ont en commun deux caractéristiques : elles se concentrent sur une intervention précoce au sein de l'environnement social immédiat — généralement la salle de classe ou la famille — et elles abordent des questions autres que l'usage de drogues en se concentrant sur le développement social et comportemental (c'est ce qu'on entend ici par « prévention universelle »). Il est important que les États membres examinent leurs activités de prévention afin de s'assurer que l'on détermine et diffuse les meilleures pratiques fondées sur des données probantes et que l'on met fin aux programmes inefficaces si on ne peut les améliorer, afin d'éviter de gaspiller des ressources limitées.

### **Objectif**

- 2.1 Promouvoir des modèles et de meilleures pratiques fondées sur des données probantes en matière de prévention universelle qui appuieront le développement social et économique des femmes et des jeunes en particulier, réduiront la pauvreté, accroîtront l'accès à une éducation de qualité et à des emplois intéressants, encourageront les activités économiques de remplacement dans les zones agricoles rurales et dans les milieux urbains pauvres où les drogues sont distribuées, et amélioreront l'accès à des informations et à des services sanitaires appropriés et factuels.

## **Domaine stratégique 3 - Promotion d'une intervention précoce dans des contextes de soins primaires et création de systèmes de traitement liés aux soins de santé primaires et aux services connexes**

16. Comme élément du programme mhGAP, l'OMS prépare actuellement un ensemble d'interventions relatives au test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives (ASSIST) (10). L'intégration du dépistage précoce de l'usage de substances psychoactives aux activités de dépistage de la consommation d'alcool et de tabac a comme avantage qu'il est plus probable que les fournisseurs de

soins de santé soutiennent les programmes d'intervention précoce quand ces derniers sont liés à des activités de dépistage similaires déjà en cours.

17. L'expérience provenant de programmes pilotes à grande échelle semble indiquer que les programmes d'intervention précoce sont efficaces.

18. Un modèle communautaire efficace de prestation de services comprend le traitement, le travail de proximité et les services spécialisés, visant à réduire les dommages et les risques liés à l'usage de substances psychoactives, qui soient culturellement appropriés, équitables, et exempts de discrimination fondée sur le sexe, l'appartenance ethnique et le type d'usage de substances psychoactives.

19. La politique nationale doit hiérarchiser les interventions et les modalités. Il existe des preuves solides à l'appui de différents traitements et services prodigués autant dans la collectivité que dans les prisons, comme la thérapie de substitution aux opioïdes, les groupes d'entraide, la psychothérapie, la thérapie comportementale, les programmes d'échange de seringues et les communautés thérapeutiques.

20. Les interventions devront accorder la priorité aux femmes enceintes, afin de protéger le fœtus. Ces mères seront mal préparées pour la maternité. Leur bien-être peut avoir un impact sur le développement actuel et futur de leurs enfants et peut prévenir les comportements dangereux, plus tard, liés à l'usage de substances psychoactives chez ces mêmes enfants.

21. L'existence de services de haute qualité requiert la présence de ressources humaines adéquatement formées. Les services de haute qualité incluent des réseaux d'organismes d'entraide visant à fournir un soutien communautaire aux personnes qui ont subi des interventions thérapeutiques appropriées. Accroître les compétences des agents de santé primaires en matière de prévention et de traitement de l'usage de substances psychoactives est crucial pour l'amélioration de la prestation des services. Parce que de nombreux États membres ne disposent que des éléments rudimentaires d'un système complet de traitement de la toxicomanie, il est nécessaire d'élargir le champ des programmes d'études du premier cycle comme des cycles supérieurs, des programmes de formation continue et d'autres instruments de formation pour les personnes qui travaillent à l'extérieur du système de santé, par exemple dans les ONG et les agences de services sociaux.

22. Les Nations Unies ont pour mandat d'assurer la disponibilité des psychotropes à des fins médicales et l'OMS les a inclus sur sa liste des médicaments essentiels. Il est nécessaire de former les médecins aux bonnes pratiques en matière de prescription pour garantir que ces substances sont prescrites à des doses appropriées aux patients qui en ont besoin.

## **Objectifs**

- 3.1 Fournir un ensemble d'interventions essentielles et fondées sur des données probantes aux différents niveaux du système de soins de santé qui puissent être adaptées par les États membres, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires.
- 3.2 Fournir des outils destinés à former le personnel de la santé quant à l'usage des substances psychoactives et aux problèmes connexes, y compris les bonnes pratiques en matière de prescription.
- 3.3 Réviser et mettre à jour les programmes d'études des professionnels des soins de santé au niveau du premier cycle et des cycles supérieurs, ainsi que des programmes de formation continue, sur les sujets relatifs à l'usage de substances psychoactives.
- 3.4 Favoriser une disponibilité adéquate, à des fins médicales et scientifiques, des psychotropes faisant l'objet d'un contrôle international, tout en évitant leur détournement et leur usage à des fins non médicales.

## **Domaine stratégique 4 - Recherche, surveillance et évaluation**

23. La recherche portant sur l'usage de drogues illicites se concentre de manière disproportionnée dans les pays développés, où la majeure partie du financement sert à appuyer l'épidémiologie, la science fondamentale, les interventions cliniques et les programmes de prévention. Il faut renforcer, partout dans la Région, la recherche portant sur le contrôle de l'offre, la mise en œuvre des politiques, le détournement des médicaments, l'organisation des services de traitement et de prévention, les mesures de décriminalisation, les sanctions pénales et les programmes d'intervention précoce. L'OPS peut fournir une coopération technique en aidant, de toute urgence, au renforcement de la surveillance épidémiologique, y compris par l'établissement de procédures d'évaluation rapide, de sites sentinelles et de systèmes visant à surveiller les indicateurs qui mesurent l'usage de substances psychoactives. Étant donné les limites que caractérisent les systèmes existants de données et d'information partout dans la Région, l'OPS peut également accroître son rôle en faveur de la diffusion de l'information, permettre la standardisation de l'information sanitaire relative aux substances psychoactives et se concentrer davantage sur les activités de gestion des connaissances. L'évaluation et la dissémination des informations sur l'impact des politiques doit constituer une priorité pour l'OPS.

## **Objectifs**

- 4.1 Réaliser une évaluation complète de la prévention et du traitement relatifs à l'usage de substances psychoactives, ainsi que des services qui visent à réduire les dommages spécifiques liés à l'usage de drogues dans les pays, par l'établissement de bases de référence et un suivi de l'évolution de la situation.
- 4.2 Améliorer les données portant sur l'usage de substances psychoactives que contiennent les systèmes d'information nationaux, en assurant une collecte et une analyse régulières des données de base qui sont pertinentes pour la prise de décisions et pour le suivi des changements dans le temps.
- 4.3 Promouvoir la recherche et la surveillance dans les États membres et par le moyen des centres collaborateurs de l'OPS/OMS, afin de créer une base d'éléments de preuve permettant d'élaborer des stratégies d'intervention efficaces et afin de surveiller les tendances en matière d'abus de substances psychoactives qui existent dans la Région.
- 4.4 Compiler et diffuser des informations et de la documentation fondées sur des données probantes sur les questions relatives à l'usage de substances psychoactives, telles que des évaluations de politiques et de programmes aux niveaux national et local, qui puissent élargir la base de connaissances et appuyer la prise de décisions en matière de politiques, de programmes et autres activités.

## **Domaine stratégique 5 - Partenariats stratégiques**

24. Des partenariats stratégiques sont nécessaires pour faire en sorte qu'il y ait un partage approprié des responsabilités ainsi qu'une collaboration interorganisationnelle. En définitive, le but est d'améliorer la collaboration et de prévenir le dédoublement des fonctions dans l'usage de ressources limitées. Les organisations non gouvernementales qui se consacrent à la promotion de la santé, aux services sociaux, aux droits de l'homme et aux politiques publiques ont aussi une importance cruciale dans de tels partenariats stratégiques, aux niveaux national et international.

25. Des initiatives récentes prises par la CICAD, le UNODC, l'ONUSIDA et l'OMS rendent opportun d'accorder plus d'attention à la collaboration Régionale en matière de réduction de la demande et à la coordination des politiques de contrôle des drogues avec les politiques de santé publique.

## Objectif

- 5.1 Créer des partenariats et renforcer les partenariats existants avec d'autres parties concernées pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans et de politiques nationaux relatifs aux drogues, comme la CICAD, l'UNODC, l'OMS, d'autres organisations intergouvernementales, des ONG et la société civile.

## Mesures à prendre par le Comité exécutif

26. Le Comité exécutif est prié de définir la prévention, les soins et le traitement relatifs aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives et aux problèmes connexes comme une priorité de santé publique, et d'appuyer des mesures visant à renforcer la réponse du secteur de la santé à ce problème. En outre, le Comité est prié d'examiner l'information contenue dans le présent document et d'envisager d'adopter le projet de résolution présenté à l'annexe D.

## Références

1. Gordon, R. An operational classification of disease prevention. In: Steinberg, J. A. and Silverman, M.M. (eds.). *Preventing Mental Disorders*, Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 1987.
2. PAHO. Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: A public health approach. Washington DC: PAHO, 2009.
3. Babor, T.F. et al. *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
4. Obot, I.S., Poznyak V., Saraceno B. Breaking the vicious circle of determinants and consequences of harmful alcohol use. *Bull World Health Organ.* 2005;83(11):803. E-published ahead of print, 10 November 2005.
5. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. Thoumi, F.E. *Illegal Drugs, Economy, and Society in the Andes*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; 2003.
7. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC; 2008.

8. Buhringer, G., Farrell, M., Kraus, L., Marsden, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Piontek, D. et al. Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union. Luxemburg: European Commission; 2009.
9. Stockwell, T., Gruenewald, P.J., Toumbourou, J.W., Loxley, W. (eds.) *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2005.
10. Humeniuk, R., Dennington, V. Ali, R. *The Effectiveness of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Health Care Settings: A Technical Report of Phase III Findings of the WHO ASSIST Randomized Controlled Trial*. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD). *How to Develop A National Drug Policy: A Guide for Policymakers, Practitioners, and Stakeholders*. Washington, DC.: Organization of American States; 2009.
12. Garcia-Herrera, T.J. *National Drug Strategy 2009-2016*. Madrid: Ministry of Health and Social Policy; 2009.
13. MacCoun, R.J., Reuter, P. *Drug War Heresies. Learning from Other Vices, Times and Places*. New York: Cambridge University Press; 2001.
14. National Research Council. *Informing America's Policy on Illegal Drugs. What We Don't Know Keeps Hurting Us*. Washington, DC.: National Academy Press; 2001.
15. World Health Organization. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Geneva: WHO; 2004.
16. World Health Organization. *Working document for developing a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2009.

## ANALYSE DE SITUATION SUPPLÉMENTAIRE

1. Des données provenant d'études compilées par l'OPS (1) indiquent que la prévalence à vie de l'usage de substances psychoactives en Amérique latine varie considérablement selon le pays et le niveau d'urbanisation. Comme le montre le tableau 1, la prévalence de l'usage de drogues parmi les adolescents de 13 à 15 ans varie de 3 % à 22 % de la population scolaire. Partout, les taux sont plus élevés chez les garçons que chez les filles (prévalence moyenne sur le cours de vie au début de l'adolescence : 13,5 % pour les garçons, 8,1 % pour les filles). Le cannabis est la drogue la plus souvent utilisée mais, dans certains pays (par exemple la Barbade, le Brésil, la Jamaïque, Trinité-et-Tobago), plus de 10 % des écoliers utilisent des inhalants. En général, l'usage de cannabis et d'inhalants se concentre dans la population d'âge scolaire, alors que l'usage de cocaïne, de pâte de coca, d'opiacés, d'amphétamines et de 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA ou « ecstasy ») est plus présent chez les jeunes adultes et les populations marginalisées. On sait que la culture et l'usage de la coca dans les pays des Andes sont étroitement liés aux pratiques agricoles traditionnelles de la minorité autochtone rurale (2). Il existe très peu de renseignements sur la prévalence de l'usage de drogues et les problèmes qui y sont liés parmi les populations autochtones ou les autres groupes ethniques.

2. L'usage occasionnel de drogue peut augmenter le risque d'accidents, de blessures et de problèmes interpersonnels causés par une intoxication aiguë. Bien que des proportions relativement réduites de la population fassent état d'un usage fréquent et régulier, les risques associés à ce type d'usage sont significatifs dans une perspective de santé publique. Il est estimé que plus de 40 millions de personnes (6,9 % de la population âgée de 15 à 64 ans) avaient fait usage de cannabis aux Amériques en 2006 (3). Les chiffres concernant la cocaïne (10 millions), les stimulants amphétaminiques (5,7 millions) et l'héroïne (2,2 millions) sont plus faibles mais le fardeau de la maladie et le risque de mortalité augmentent considérablement avec l'usage fréquent de ces substances, en particulier lorsqu'elles sont injectées. Dans l'ensemble de la Région, l'usage de drogues amphétaminiques augmente, une tendance associée au détournement croissant de stimulants prescrits par ordonnance au cours des dernières années (3). En Amérique du Sud, l'usage du cannabis et de la cocaïne est en progression, selon des rapports récents (3). La figure 1 montre l'ampleur de l'usage problématique de drogues illégales dans trois sous-régions de l'OMS des Amériques.

3. L'usage de drogues contribue au fardeau de la maladie de deux façons : il cause une mort prématurée et engendre de graves conséquences sur la santé, certaines attribuables directement à l'usage de drogues en soi et d'autres au mode d'administration de la drogue (par exemple injection intraveineuse). Les conséquences possibles sur la santé incluent le VIH/sida, l'hépatite B et C, d'autres types d'infections, la toxicomanie,

les surdoses non mortelles, les tentatives de suicide et les blessures. En 2002, les troubles liés à l'usage de drogues chez les personnes de sexe masculin étaient au huitième rang parmi les 20 facteurs principaux contribuant aux années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en Amérique latine (4). L'ampleur de l'usage de drogues dans la Région, en particulier chez les jeunes, et les conséquences multiples sur la santé qui y sont associées, semblent indiquer que les drogues illicites contribuent fortement aux décès et aux incapacités évitables aux Amériques.

4. Les preuves croissantes indiquant une augmentation de l'usage de drogues dans la Région, et l'intérêt grandissant de la part de l'OPS concernant la réponse de santé publique aux problèmes liés à l'usage de substances psychoactives, ont attiré l'attention sur les deux approches dominantes relatives aux politiques sur le contrôle des drogues : le contrôle de l'offre et la réduction de la demande. Le manque de recherche systématique portant sur les options les plus courantes en matière de politiques visant à contrôler l'offre de drogue (par exemple exécution de la loi, interdiction, incarcération) constitue un obstacle majeur quant à l'application efficace de ces mesures (5).

5. Un nombre limité de recherches indique que les efforts réalisés par les pays développés pour restreindre la culture de plantes productrices de drogue dans les pays en développement n'ont pas réduit l'offre ni la consommation globales de drogue dans les marchés situés en aval (6). L'une des raisons en est que ces activités déplacent la production vers une autre région située dans le même pays ou vers une autre nation. L'interdiction des exportations de drogue en provenance des nations productrices peut perturber le marché et la chaîne d'approvisionnement de la drogue, et ainsi augmenter le coût pour les utilisateurs, mais le coût de la mise en œuvre et du maintien des programmes d'interdiction est extrêmement élevé. De la même façon, une exécution rigoureuse de la loi et des peines sévères imposées aux utilisateurs produisent des rendements décroissants, parce que le fait d'incarcérer un grand nombre de personnes n'entraîne ni baisse des prix ni baisse de la prévalence de l'usage de drogues au-delà de ce qui se produirait si on appliquait de façon routinière les lois relatives aux drogues.

## Références

1. PAHO. Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean: A public health approach. Washington DC : PAHO, 2009.
2. Thoumi, F.E. *Illegal Drugs, Economy, and Society in the Andes*. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; 2003.

3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC; 2008.
4. World Health Organization. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization; 2009.
5. Buhringer, G., Farrell, M., Kraus, L., Marsden, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Piontek, D. et al. *Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union*. Luxemburg: European Commission; 2009.
6. Babor, T.F. et al. *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; 2010.

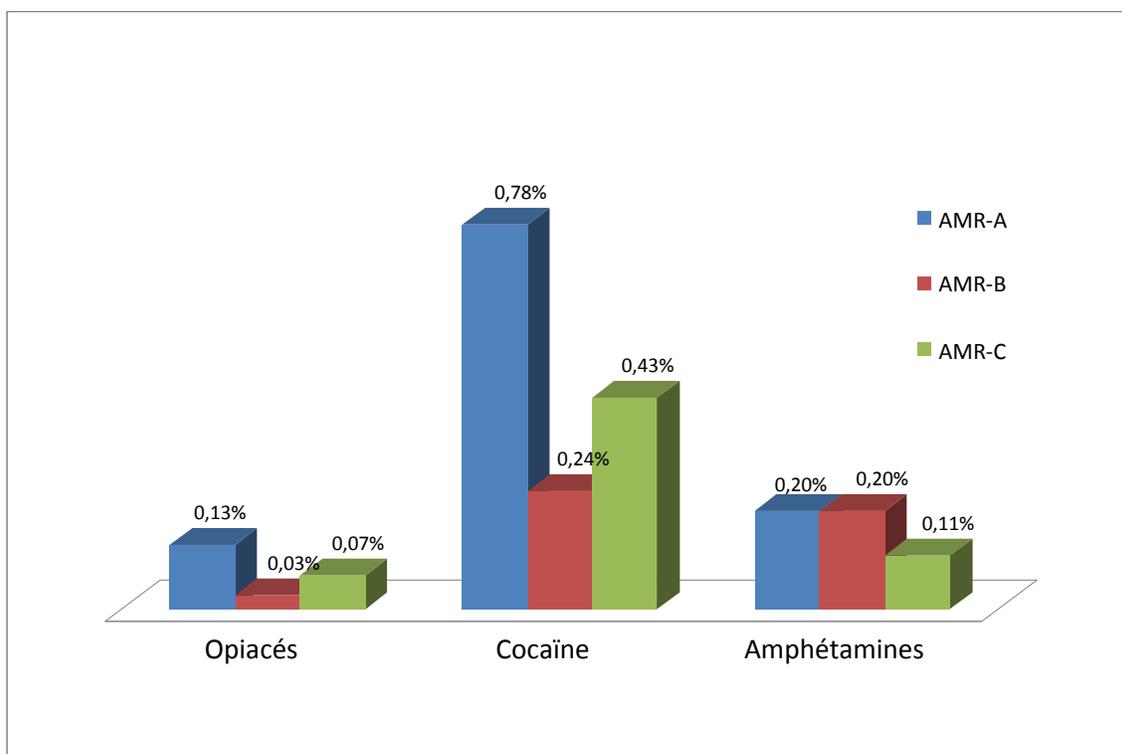
**Tableau 1 : Prévalence au cours de la vie de l'usage de toute drogue illégale chez les écoliers de 13 à 15 ans, par sexe et par pays**

Pays et année	Pourcentage d'écoliers qui ont fait usage d'une drogue illicite au moins une fois au cours de leur vie								
	Les deux sexes			Garçons			Filles		
	%	écart-type		%	écart-type		%	écart-type	
Argentine (2007)	9,0	±	3,1	11,6	±	4,1	6,7	±	3,1
Chili / Metropolitan (2004)	10,1	±	2,4	10,7	±	2,0	9,5	±	3,5
Chili / Région I (2004)	9,0	±	2,9	9,5	±	2,5	8,5	±	4,2
Chili / Région V (2004)	8,3	±	2,5	9,4	±	3,4	7,0	±	2,2
Chili / Région VIII (2004)	7,2	±	2,0	7,8	±	2,5	6,3	±	2,3
Colombie / Bogotá (2007)	10,8	±	2,8	13,7	±	3,3	8,3	±	3,4
Colombie / écoles publiques de Bogotá (2007)	10,4	±	3,7	13,7	±	4,0	8,0	±	4,3
Colombie / écoles privées de Bogotá (2007)	12,4	±	5,7	17,2	±	7,4	8,9	±	5,6
Colombie / Bucaramanga (2007)	6,8	±	1,5	8,6	±	2,4	5,2	±	2,4
Colombie / Cali (2007)	17,8	±	2,4	21,1	±	4,2	15,1	±	2,6
Colombie / Manizales (2007)	21,0	±	3,0	21,1	±	4,3	20,8	±	2,9
Colombie / Valledupar (2007)	3,5	±	1,1	4,5	±	1,8	2,8	±	1,4
Équateur / Guayaquil (2007)	7,7	±	2,3	9,9	±	2,9	5,7	±	2,5
Équateur / Quito (2007)	5,5	±	1,5	7,0	±	1,9	4,1	±	2,1
Équateur / Zamora (2007) <sup>a</sup>	3,1			4,2			2,0		
Grenade (2008)	13,9	±	2,6	21,9	±	3,9	7,8	±	2,7
Guyana (2004)	11,7	±	2,8	17,7	±	4,5	5,9	±	2,5
Îles Caïmans (2007) <sup>a</sup>	15,6			20,3			10,3		
Saint-Vincent-et-les Grenadines (2007)	19,9	±	3,2	26,9	±	4,7	13,4	±	3,6
Sainte-Lucie (2007)	22,0	±	3,0	29,7	±	4,5	15,8	±	3,6
Trinité-et-Tobago (2007)	12,8	±	2,9	15,3	±	4,2	10,1	±	2,7
Trinité (2007)	12,7	±	3,0	15,1	±	4,3	10,2	±	2,8
Tobago (2007)	14,0	±	3,3	20,0	±	5,0	9,0	±	3,0
Uruguay (2006)	8,4	±	1,7	10,5	±	2,8	6,7	±	1,7
Uruguay / Montevideo (2006)	10,6	±	3,2	13,8	±	4,6	7,6	±	2,7
Uruguay / reste du pays (2006)	6,7	±	1,9	7,4	±	3,2	6,1	±	2,1
Venezuela / Barinas (2003)	3,1	±	1,2	4,7	±	2,2	1,7	±	1,4
Venezuela / Lara (2003)	3,1	±	1,0	4,2	±	1,1	2,2	±	1,2

**Source** : Enquête mondiale de l'OMS sur la santé des élèves en milieu scolaire menée dans les différents pays. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/chp/gshs/country/en/index.html>.

<sup>a</sup> Là où aucune variation des taux de prévalence est indiquée, l'ensemble des écoles pour ce pays ou cette ville a été étudié et le pourcentage reflète la prévalence globale.

**Figure 1 : Usage problématique de drogues illégales chez les personnes de 15 ans et plus au cours des 12 mois précédents dans trois sous-régions des Amériques, 2008**



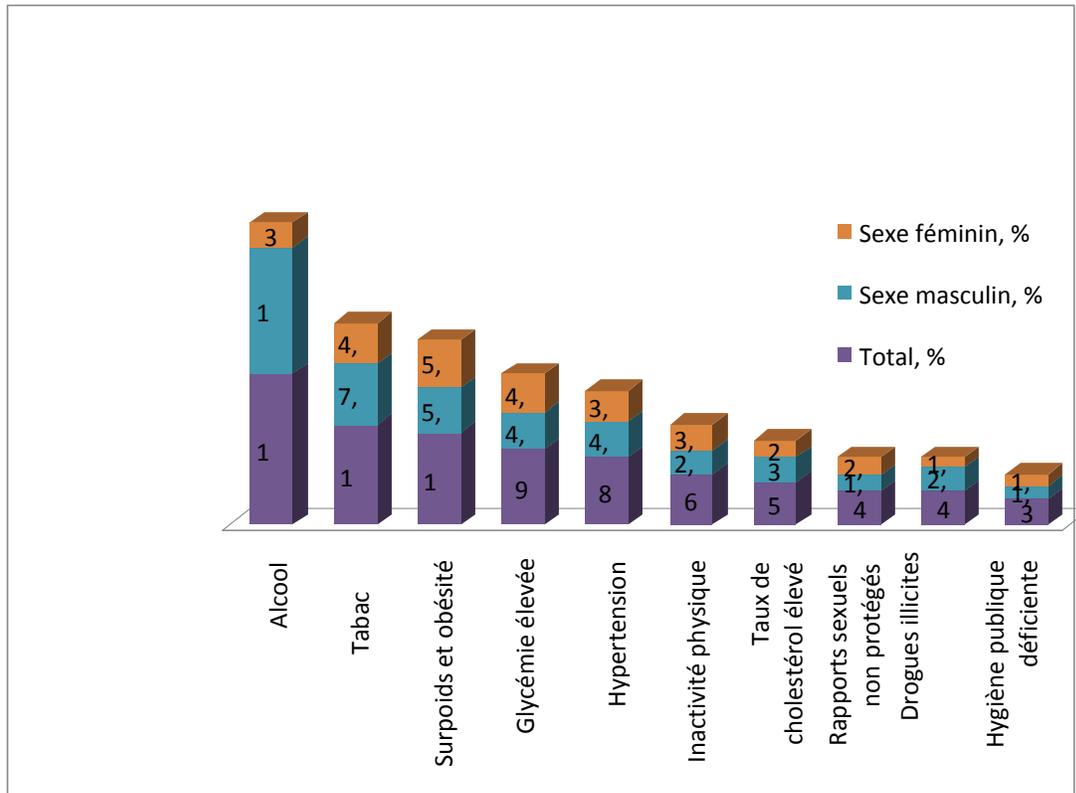
**Source :** Bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). The World Drug Report 2008. Vienne : ONUDC ; 2008.

**Note :** Les statistiques mentionnées par l'UNDOC (2008) ne sont pas ventilées par sexe ni par groupe d'âge. On y définit l'usage problématique de drogues comme un usage quotidien ou un usage par injection.

**Sous-groupes de la Région des Amériques (AMR) :**

- **AMR-A** — Pays des Amériques où le taux de mortalité juvénile et adulte est très faible (Canada, Cuba, États-Unis).
- **AMR-B** — Pays des Amériques où le taux de mortalité juvénile et adulte est faible (Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela).
- **AMR-C** — Pays des Amériques où le taux de mortalité juvénile et adulte est élevé (Bolivie, Équateur, Guatemala, Haïti, Nicaragua, Pérou).

**Figure 2 : Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) attribuables à 10 facteurs de risque principaux, par sexe, Région des Amériques, 2004**



**Source :** Organisation mondiale de la Santé. Global Health Risks. Genève : OMS ; 2009. Disponible à l'adresse : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

## INSTRUMENTS DE PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME

1. Les États membres de l'OMS ont adopté des principes fondamentaux en matière de santé publique, lesquels sont consacrés dans le préambule de sa Constitution. Par conséquent, la Constitution établit comme un principe international fondamental que la possession du meilleur état de santé qui puisse être atteint est non seulement un état ou une condition qui concerne l'individu, mais « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé qui s'est tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, et a été signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU), pour sa part, protège « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (article 12), et le Protocole de San Salvador (OEA) protège le « droit à la santé » (article 10). En outre, la protection de la santé comme droit de l'homme est consacrée dans 19 des 35 Constitutions des États membres de l'OPS (la Bolivie, le Brésil, le Chili, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela).

2. Instruments des Nations Unies pour la protection des droits de l'homme :

- Déclaration universelle des droits de l'homme (1) ;
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques<sup>8</sup> (2) ;
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>9</sup> (3) ;
- Convention relative aux droits de l'enfant<sup>10</sup> (4) ;

---

<sup>8</sup> Entré en vigueur le 23 mars 1976 et ratifié par l'Argentine, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>9</sup> Entré en vigueur le 3 janvier 1976 et ratifié par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>10</sup> Entrée en vigueur le 2 septembre 1990 et ratifiée par Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine,

- Convention relative aux droits des personnes handicapées<sup>11</sup> (5) ;
  - Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>12</sup> (6) ;
  - Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale<sup>13</sup> (7) ;
  - Règles pour l'égalisation des chances des handicapés<sup>14</sup> (8).
3. Instruments du système interaméricain pour la protection des droits de l'homme :
- Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme<sup>15</sup> (9) ;
  - Convention américaine relative aux droits de l'homme<sup>16</sup> (10) ;
  - Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, « Protocole de San Salvador »<sup>17</sup> (11) ;
  - Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées<sup>18</sup> (12) ;

---

Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>11</sup> Entrée en vigueur le 3 mai 2008 et ratifiée par l'Argentine, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay et le Pérou.

<sup>12</sup> Entrée en vigueur le 3 septembre 1981 et ratifiée par l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>13</sup> Ces principes comprennent des lignes directrices pour l'établissement de systèmes nationaux de santé mentale et l'évaluation de leurs pratiques. Ils se réfèrent aux droits de l'homme des personnes atteintes de handicaps mentaux, en particulier dans le contexte des établissements psychiatriques.

<sup>14</sup> « Les Règles ont pour objet de garantir aux filles et garçons, femmes et hommes handicapés les mêmes droits et obligations qu'à leurs concitoyens. »

<sup>15</sup> OEA, rés. XXX. OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rév.1 à 17 (1992).

<sup>16</sup> Entrée en vigueur le 18 juillet 1978 et ratifiée par l'Argentine, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>17</sup> Entré en vigueur le 16 novembre 1999 et ratifié par l'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Mexique, le Panama, le Paraguay, le Pérou, le Suriname et l'Uruguay.

<sup>18</sup> Entrée en vigueur le 14 septembre 2001 et ratifiée par l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela.

- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme<sup>19</sup> (13) ;
- Recommandation de la Commission interaméricaine des Droits de l'Homme (OEA) sur la promotion et la protection des droits humains des personnes atteintes d'incapacités mentales<sup>20</sup> (14).

## Références

1. Déclaration universelle des droits de l'homme. A.G. Rés. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948). <http://www.un.org/fr/documents/udhr/index.shtml>.
2. Pacte international relatif aux droits civils et politiques. A.G. Rés. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (N° 16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966). <http://www2.ohchr.org/french/law/ccpr.htm>.
3. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. A.G. Rés. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (N° 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966). <http://www2.ohchr.org/french/law/cescr.htm>.
4. Convention relative aux droits de l'enfant. A.G. rés. 44/25, annexe, 44 U.N. GAOR Supp. (N° 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989). <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>.
5. Convention relative aux droits des personnes handicapées. A.G. Rés. A/61/611 (2006). <http://www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm>.
6. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. A.G. rés. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (N° 46) p. 193, ONU Doc. A/34/46. <http://www2.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>.

---

<sup>19</sup> Entrée en vigueur le 5 mars 1995 et ratifiée par Antigua-et-Barbuda, l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

<sup>20</sup> Recommande vivement aux États de « promouvoir et mettre en œuvre, grâce à la législation et à des plans nationaux de santé mentale, l'organisation de services communautaires de santé mentale, en vue de parvenir à l'intégration complète dans la société des personnes atteintes de troubles mentaux. »

7. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale, A.G. rés. 46/119, 46 ONU GAOR Supp. (N° 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991).  
[http://www.un.org/french/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/46/49\(SUPP\)&lang=F](http://www.un.org/french/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/46/49(SUPP)&lang=F).
8. Règles pour l'égalisation des chances des handicapés, A.G. rés 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (N° 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993).  
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissrfr0.htm>.
9. Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme, 199 OEA rés. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rév. 1, p. 17 (1992).  
<http://www.cidh.org/basicos/french/b.declaration.htm>.
10. Convention américaine relative aux droits de l'homme. OEA, Rec. off., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rév. 6 (1979).  
<http://www.cidh.org/basicos/french/c.convention.htm>.
11. Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, « Protocole de San Salvador ». OEA, N° 69 (1988), OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rév. 1, p. 67 (1992).  
<http://www.cidh.org/basicos/french/e.sansalvador.htm>.
12. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées. A.G./rés. 1608 (XXIX-0/99), 7 juin 1999  
<http://www.cidh.oas.org/Basicos/French/o.handicapees.htm>.
13. Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme, « Convention de Belém do Pará », 33 I.L.M. 1534 (1994).  
<http://www.cidh.org/basicos/french/m.femme.htm>.
14. Recommandation de la Commission interaméricaine des Droits de l'Homme (OEA) sur la promotion et la protection des droits humains des personnes atteintes d'incapacités mentales. OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rév., 16 avril 2001.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de*  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE146/13, Rev.1 (Fr.)  
Annexe C

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR  
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.5 Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives

**2. Unité responsable :** Développement durable et santé environnementale/santé mentale et Projet de protection des consommateurs

**3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Maristela Monteiro

**4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**

Institutions nationales de référence

- Santé Canada, Direction des affaires internationales
- Agence nationale de surveillance sanitaire (ANVISA), Brésil
- Institute National de lutte contre l'abus de drogues, Bethesda, Maryland, É.-U.
- Pacific Institute for Research and Evaluation (PIRE), Calverton, Maryland, É.-U.
- Département de santé communautaire, University of Connecticut, Storrs, Connecticut, É.-U.
- Mercer University, Atlanta, Géorgie, É.-U.
- Fundação Fiocruz, Rio de Janeiro, Brésil

Centres collaborateurs

- The College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, Arizona, É.-U.
- Département de psychobiologie, Université fédérale de São Paulo, Brésil
- Institut national de psychiatrie Ramon de la Fuente Muniz, Mexique
- Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Canada

**6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :**

L'abus de substances psychoactives est lié à l'urbanisation rapide, aux inégalités et aux iniquités, à l'exclusion sociale, à la violence et aux troubles de santé mentale. Il s'agit d'un déterminant de la santé et d'un résultat sur le plan de la santé, et aborder les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives exige d'accroître la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité. Renforcer la capacité des agents de santé est également fondamental pour assurer une réponse efficace aux problèmes liés à l'abus de substances psychoactives.

**7. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :**

**Objectif stratégique 3 :** prévenir et réduire les maladies, les handicaps et la mort précoce dus aux conditions chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux blessures.

**Objectif stratégique 6 :** promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque comme la consommation du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psychoactives, les régimes

malsains, le manque d'activité physique et les pratiques sexuelles peu sûres qui ont des conséquences sur les conditions de santé.

**7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :**

- Expansion des services de traitement pour les utilisateurs de drogue au Brésil et aux États-Unis comme élément des systèmes nationaux de santé de ces pays ;
- Intégration du dépistage et des interventions brèves visant les problèmes précoces liés à la drogue dans des contextes de soins de santé primaires ou des contextes non spécialisés au Brésil et au Mexique ;
- Considération des problèmes de drogue comme constituant des problèmes de santé publique dans la politique nationale relative aux drogues en Équateur ;
- Accès universel au traitement antirétroviral au Brésil pour les utilisateurs de drogue séropositifs ;
- Programmes d'échange de seringues en Argentine, au Brésil, au Canada, aux États-Unis et au Mexique ;
- Traitement psychosocial pour les troubles liés à l'abus de substances psychoactives dans plusieurs pays ;
- Maintien à la méthadone et à la buprénorphine pour les utilisateurs d'héroïne aux États-Unis et au Canada ;
- Solutions de remplacement à l'incarcération pour les utilisateurs de drogue qui commettent des infractions mineures en Argentine, au Brésil et en Uruguay ;
- Disponibilité des services de traitement contre la drogue dans les prisons aux États-Unis ;
- Contrôle réglementaire des psychotropes à usage médical au Brésil, au Canada et aux États-Unis ;
- Contrôle des précurseurs chimiques de la production d'amphétamines aux États-Unis ;
- Renforcement des programmes destinés aux familles aux États-Unis ;
- Organismes d'entraide entre pairs dans plusieurs pays.

**8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question : S.O.**



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 146<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 21 au 25 juin 2010

---

CE146/13, Rev.1 (Fr.)  
Annexe D  
ORIGINAL : ANGLAIS

### *PROJET DE RÉSOLUTION*

#### **STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

##### *LA 146<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,*

Ayant examiné le document intitulé « Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives » (document CE146/13, Rev. 1),

##### *DÉCIDE :*

De recommander que le 50<sup>e</sup> Conseil directeur adopte une résolution rédigée dans les termes suivants :

#### **STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

##### *LE 50<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,*

Ayant examiné le document intitulé « Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives » (document CD50/\_\_\_) ;

Reconnaissant le fardeau de morbidité, de mortalité et d'incapacité associé aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans le monde et dans la Région des Amériques, de même que le fossé qui existe sur le plan du traitement et des soins pour les personnes affectées par ces troubles de santé ;

Comprenant que, même si les stratégies de réduction de l'offre sont nécessaires, ces stratégies ont eu un impact limité sur les problèmes liés à l'usage de substances psychoactives dans la Région et que, dans une perspective de santé publique, l'intensification des approches fondées sur des données probantes en faveur de la réduction de la demande permet de répondre à un besoin crucial en matière de prévention, de traitement, de réhabilitation et de réduction des dommages ;

Considérant le contexte et le cadre d'action offerts par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques, le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS et le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (mhGAP) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), lesquels reflètent l'importance du problème de l'usage de substances psychoactives et établissent des objectifs stratégiques visant à l'aborder et

Observant que la Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives proposée dans le document CD50/\_\_\_ présente les principaux domaines de travail qui doivent être abordés et établit des domaines de coopération technique permettant de répondre aux différents besoins des États membres quant à l'usage de substances psychoactives,

***DÉCIDE :***

1. D'entériner les dispositions de la Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives et d'appuyer sa mise en œuvre dans le contexte des conditions propres à chaque pays, afin de répondre de manière appropriée aux besoins actuels et futurs relatifs à l'usage de substances psychoactives.
2. De prier instamment les États membres :
  - a) de définir l'usage de substances psychoactives comme une priorité de santé publique et de mettre en œuvre des plans visant à aborder les problèmes liés à l'usage de substances psychoactives qui correspondent à leurs problèmes et priorités propres, en particulier quant à la réduction des lacunes existantes en matière de traitement ;
  - b) de reconnaître que les problèmes liés aux substances psychoactives sont le résultat d'une interaction entre des déterminants et des résultats sanitaires et sociaux, et que le fait d'aborder les problèmes liés à l'usage de substances psychoactives exige d'accroître la protection sociale et le développement durable, ce qui doit inclure des solutions de remplacement à la production et à la

- distribution de drogue autant dans les régions rurales que dans les zones urbaines défavorisées, ainsi que l'accès à des services de santé de qualité ;
- c) de promouvoir un accès universel et équitable aux soins visant le traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives ainsi qu'une intervention précoce pour l'ensemble de la population, par le renforcement des services existants dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires et des réseaux intégrés de prestation de services, de même que par les efforts en cours visant à éliminer l'ancien modèle résidentiel centré sur l'hôpital ;
  - d) de continuer à œuvrer pour renforcer leurs cadres juridiques afin de protéger les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles liés à l'usage de substances psychoactives et d'appliquer efficacement les lois sans aucun résultat négatif sur la santé publique ;
  - e) de promouvoir les initiatives intersectorielles visant à dissuader les individus de commencer à prendre des substances psychoactives, en portant une attention particulière aux enfants et aux adolescents, et à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes qui ont des problèmes dus à l'usage nocif de substances psychoactives ou à la dépendance ;
  - f) d'encourager la collectivité, les anciens utilisateurs de substances psychoactives et les familles des utilisateurs de substances psychoactives à s'impliquer pleinement dans les activités relatives aux politiques, à la prévention et au traitement de par leur soutien à des organismes d'entraide ;
  - g) de reconnaître le développement des ressources humaines dans le domaine de la prévention, des soins et du traitement relatifs à l'usage de substances psychoactives comme une composante clé de l'amélioration des plans et des services de santé nationaux, et d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de formation systématique et des changements aux programmes d'études ;
  - h) de combler les lacunes en matière d'information sur l'usage de substances psychoactives par une amélioration de la production, de l'analyse et de l'usage des informations, de même que par la recherche, en utilisant une approche interculturelle qui favorise l'égalité des sexes ;
  - i) de renforcer les partenariats qui existent entre le secteur public et les autres secteurs, y compris les organisations non gouvernementales, les établissements d'enseignement et les acteurs sociaux clés, en mettant l'accent sur leur participation à l'élaboration de politiques et de plans relatifs à l'usage de substances psychoactives et

- j) d'allouer des ressources financières suffisantes pour obtenir un équilibre plus équitable entre les activités de contrôle de l'offre et de réduction de la demande.
3. De demander à la Directrice :
- a) de préparer un plan d'action sur cinq ans, en étroite collaboration avec les États membres, les ONG, les établissements de recherche, les centre collaborateurs de l'OPS/OMS et d'autres organisations internationales, afin que ce plan soit présenté au Conseil directeur en 2011 ;
  - b) d'appuyer les États membres dans la préparation et la mise en œuvre de plans nationaux sur l'usage de substances psychoactives dans le cadre de leurs politiques de santé publique et de leurs politiques sociales, en tenant compte de la Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives, en cherchant à corriger les iniquités et en accordant la priorité aux soins destinés aux groupes vulnérables et ayant des besoins particuliers ;
  - c) de collaborer à l'évaluation des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives et des services connexes dans les pays, afin de faire en sorte que des mesures correctives appropriées et fondées sur des données probantes soient prises ;
  - d) de faciliter la diffusion de l'information et le partage d'expériences positives et innovatrices, ainsi que de promouvoir la coopération technique parmi les États membres ;
  - e) de promouvoir la création de partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, de même qu'avec des organisations internationales et d'autres acteurs Régionaux, en appui à la réponse multisectorielle requise afin de mettre cette Stratégie en œuvre et
  - f) de coordonner la mise en œuvre de la Stratégie avec la Commission interaméricaine pour le contrôle de l'abus de drogues (CICAD) et avec les commissions nationales de lutte contre la drogue, selon le cas.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
*Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de*  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE146/13, Rev.1 (Fr.)  
Annexe E

**Rapport sur les incidences administratives et budgétaires  
qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution**

**1. Point de l'ordre du jour :** 4.5 Stratégie de réduction de l'abus de substances psychoactives

**2. Lien avec le budget programme 2008-2009 :**

(a) **Domaine d'activité :** Développement durable et santé environnementale

(b) **Résultat escompté :**

RER 6.4 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'élaborer des politiques, des stratégies, des programmes et des lignes directrices fondés sur des données probantes et conformes à l'éthique, en vue de prévenir et de réduire l'usage de l'alcool, de la drogue et d'autres substances psychoactives ainsi que les problèmes qui s'y rapportent.

RER 3.1 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'accroître l'engagement politique, financier et technique en faveur de la résolution des problèmes de santé chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et des troubles du comportement, de la violence, de la sécurité routière et des handicaps.

RER 3.2 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des stratégies et des règlements concernant les problèmes de santé chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les troubles du comportement, la violence, la sécurité routière, les handicaps et les maladies bucco-dentaires.

RER 3.3 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'améliorer leur capacité à recueillir, analyser, diffuser et utiliser les données concernant l'ampleur, les causes et les conséquences des problèmes de santé chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et des troubles du comportement, de la violence, des blessures subies dans les accidents de la circulation et des handicaps.

RER 3.4 : Le Bureau compile de meilleurs éléments de preuve concernant le rapport coût-efficacité des interventions visant à aborder les problèmes de santé chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les troubles du comportement, la violence, les blessures subies dans les accidents de la circulation, les handicaps et la santé bucco-dentaire.

RER 3.5 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de préparer et de mettre en œuvre des programmes multisectoriels qui s'adressent à l'ensemble de la population afin de promouvoir la santé mentale et la sécurité routière et de prévenir les problèmes de santé chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les troubles du comportement, la violence et les blessures, de même que la déficience auditive et visuelle, y compris la cécité.
RER 3.6 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer leurs systèmes sanitaires et sociaux en vue de la prévention et de la gestion intégrées des problèmes de santé chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et des troubles du comportement, de la violence, des blessures subies dans les accidents de la circulation et des handicaps.
RER 4.6 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de mettre en œuvre des politiques et des stratégies en matière de santé et de développement des adolescents.
RER 6.1 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer leur capacité à promouvoir la santé dans l'ensemble des programmes pertinents et d'établir des collaborations multi-sectorielles et multidisciplinaires efficaces en vue de la promotion de la santé et de la prévention ou réduction des facteurs de risque majeurs.
RER 6.2 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs, par l'élaboration et la validation de cadres d'action, d'outils et de modes opératoires, ainsi que leur diffusion.
RER 7.1 :	La signification des déterminants de la santé et des politiques sociales est reconnue dans l'ensemble de l'Organisation et incorporée au travail normatif réalisé par celle-ci ainsi qu'à sa coopération technique avec les États membres et d'autres partenaires.
RER 7.2 :	L'OPS/OMS prend l'initiative de fournir des occasions et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international en vue d'aborder les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.
RER 7.3 :	Des données de nature sociale et économique relatives à la santé sont colligées et analysées par catégories (selon le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, le revenu et l'état de santé, comme la maladie ou l'incapacité).
RER 7.4 :	La promotion d'approches de santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme est encouragée au sein de l'OPS/OMS et aux niveaux national, Régional et mondial.
RER 7.5 :	Une analyse comparative entre les sexes et des actions de réponse sont incorporées au travail normatif réalisé par l'OPS/OMS et les États membres reçoivent une coopération technique permettant la formulation de politiques et de programmes sensibles à la spécificité des sexes.
RER 7.6 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'élaborer des politiques, des plans et des programmes qui appliquent une approche interculturelle fondée sur les soins de santé

	primaires et qui cherchent à établir des alliances stratégiques avec des parties prenantes et des partenaires pertinents en vue d'améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones et des groupes raciaux et ethniques.
RER 8.3 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer l'élaboration de politiques, la planification d'interventions préventives, la prestation de services et la surveillance relatives à la santé au travail et à la santé environnementale.
RER 8.4 :	Des directives, des outils et des initiatives sont créés en vue d'appuyer le secteur de la santé afin que celui-ci influence les politiques adoptées dans des secteurs prioritaires (par exemple l'énergie, les transports, l'agriculture), évalue les impacts sur la santé, détermine les coûts et les avantages des politiques de remplacement dans ces secteurs et mobilise des investissements externes au secteur de la santé pour améliorer la santé.
RER 8.5 :	Le leadership du secteur de la santé est accru en vue de promouvoir un environnement plus sain et d'influencer les politiques publiques dans tous les secteurs pour aborder les causes premières des menaces à la santé posées par l'environnement, en répondant aux inquiétudes liées à la salubrité de l'environnement qui apparaissent et réapparaissent et qui sont dues au développement, à l'évolution des technologies, à d'autres changements mondiaux en matière d'environnement et à des modèles de consommation et de production.
RER 10.1 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer les systèmes de santé sur la base des soins de santé primaires, en favorisant un accès équitable à des services de santé de bonne qualité, tout en donnant la priorité aux groupes de population vulnérables.
RER 10.2 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer les pratiques d'organisation et de gestion dans les établissements et les réseaux des services de santé, d'améliorer le rendement et d'obtenir une collaboration et une synergie entre les fournisseurs publics et privés.
RER 10.3 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer les programmes existants en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.
RER 11.1 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer la capacité de l'autorité sanitaire nationale à remplir son rôle de direction, en améliorant l'analyse, la formulation et la réglementation des politiques, la planification stratégique et la mise en œuvre de changements au système de santé et en améliorant la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle aux niveaux national et local.
RER 11.2 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'améliorer les systèmes d'information sanitaire aux niveaux Régional et national.
RER 11.3 :	Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'accroître l'accès équitable à l'information, aux connaissances et aux éléments de preuve scientifiques relatives à la santé, ainsi que leur diffusion et leur utilisation, pour la prise de décisions.

<p>RER 11.4 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant la production et le transfert de connaissances dans les domaines prioritaires, y compris la recherche portant sur la santé publique et sur les systèmes de santé, et de faire en sorte que les produits répondent aux normes éthiques de l'OMS.</p> <p>RER 13.1 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant d'élaborer des plans et des politiques relatifs aux ressources humaines en vue d'améliorer le rendement des systèmes de santé, sur la base des soins de santé primaires et de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).</p> <p>RER 13.3 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de formuler et de mettre en œuvre des stratégies et des mesures incitatives de recrutement et de maintien du personnel sanitaire, en vue de répondre aux besoins des systèmes de santé sur la base d'un renouvellement des soins de santé primaires.</p> <p>RER 13.4 : Les États membres sont soutenus par le biais d'une coopération technique permettant de renforcer les systèmes d'éducation et les stratégies en matière d'éducation au niveau national, en vue de développer et d'entretenir les compétences des agents de santé, en se concentrant sur les soins de santé primaires.</p>
<p><b>3. Incidences budgétaires :</b> La stratégie a des incidences budgétaires pour l'Organisation.</p> <p>(a) <b>Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à 10 000 \$ US près, activités et personnel compris) :</b> \$450 000 par an sur cinq ans, pour un total de \$2 250 000.</p> <p>(b) <b>Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à 10 000 \$ US près, activités et personnel compris) :</b> \$650 000.</p> <p>(c) <b>Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ?</b> \$410 000.</p>
<p><b>4. Incidences administratives</b></p> <p>(a) <b>Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :</b> Niveaux Régional, infrarégional et national.</p> <p>(b) <b>Besoins supplémentaires de dotation en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :</b> Un poste de niveau professionnel (exigeant une maîtrise en santé publique) afin de fournir un soutien technique ainsi que de coordonner et de surveiller la mise en œuvre de projets propres à chaque pays.</p> <p>(c) <b>Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :</b> 2011-2021.</p>