



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR 62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1 octobre 2010

Point 4.14 de l'ordre du jour provisoire

CD50/18, Rév.1 (Fr.)
9 septembre 2010
ORIGINAL : ANGLAIS

STRATÉGIE RELATIVE À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET À LA SANTÉ PUBLIQUE

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 psychoactives¹ dans la Région des Amériques. L'approche de santé publique pour faire face aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives porte essentiellement sur la prévention, l'intervention précoce, la réduction des conséquences négatives de l'usage de substances psychoactives, le traitement, la réhabilitation, la réintégration sociale et la gestion des systèmes de santé. Le but de cette approche est de promouvoir la santé et le bien-être social des individus, des familles et des communautés. 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 et de traitement fondées sur des données probantes (1), l'approche de santé publique sert de complément aux efforts visant à contrôler l'offre ainsi qu'aux interventions de la 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

¹ 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),² adoptés par le Conseil directeur en 2009 (résolution CD49.R17),³ ainsi que la Stratégie continentale sur les drogues adoptée par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États américains (OEA/CICAD) en mai 2010.⁴

Antécédents

3. En réponse au fardeau de morbidité croissant attribuable 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 (documents CD48/12 [2008], WHA56.1 [2003], WHA61/14 [2008]) et l'alcool (documents WHA58.26 [2005], WHA61.4 [2008], WHA63.13 [2010]). Les États membres ont aussi reconnu la nécessité de les aborder dans le contexte de préoccupations plus vastes liées à la santé, comme le VIH/sida (documents CD45/11 [2004], CD46/20 [2005], WHA63.19 [2010]), 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 (document CD50/17 [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 Région⁵ (voir tableau 1 à l'annexe A). Le programme *Familias Fuertes* (familles fortes)⁶ 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 sont compris dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et dans le Plan stratégique 2008-2012. 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

² Disponible à l'adresse :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr.

³ Disponible à l'adresse :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=fr.

⁴ Disponible à l'adresse :

http://www.cicad.oas.org/EN/basicdocuments/1798%20Strategia_Final_20100602-eng.pdf.

⁵ Voir <http://www.who.int/chp/gshs/en/index.html> pour plus de renseignements.

⁶ Voir http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-familias_fuertes.htm pour plus de renseignements.

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 interventions concernant les troubles liés à l'usage d'alcool et de drogues. 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 (4), est ressenti de manière disproportionnée dans les pays à faible revenu et à revenu moyen. La prévalence de l'usage de drogues, en particulier chez les jeunes et parmi d'autres groupes vulnérables, varie considérablement mais, en général, celui-ci se concentre dans les zones urbaines et dans les pays qui connaissent une transition rapide sur le plan épidémiologique. 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 (5). On note également l'usage croissant de substances psychotropes à des fins non médicales.

6. En ce qui concerne les stratégies de réduction de la demande, les éléments de preuve semblent indiquer qu'il existe diverses options en matière de prévention, de traitement, de dépistage et d'intervention précoce permettant de combattre l'usage nocif des substances psychoactives et la dépendance par rapport à ces substances (3, 6). 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 si les services en question sont accessibles, abordables et à la disposition de toutes les personnes qui en ont besoin. Les preuves à l'appui les plus fortes concernent le traitement pharmacothérapeutique aux agonistes opioïdes avec aide psychosociale destiné aux individus ayant une dépendance aux opioïdes (9). 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 sont efficaces parce qu'ils préviennent les infections au VIH et les autres infections transmises par le sang, comme l'hépatite B et C. Ces programmes font participer les utilisateurs de drogues intraveineuses à des traitements et à d'autres services de santé, comme des conseils et des tests facultatifs relatifs au VIH, ainsi qu'aux services de santé sexuelle et génésique. Les programmes de prévention universelle de grande envergure qui visent tous les aspects de la vie des adolescents dans différents contextes semblent 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. Il convient d'agir avec prudence quant aux tests de dépistage des drogues en milieu scolaire, puisqu'il existe peu de preuves de leur efficacité et que ceux-ci peuvent soulever des préoccupations d'ordre éthique.

7. Plusieurs obstacles existent en matière de prestation de services. Les personnes atteintes de troubles liés à l'usage de substances psychoactives se voient souvent refuser ou ont du mal à obtenir des soins médicaux généraux et un accès aux services. Elles peuvent se voir administrer un traitement contre leur gré sans procédure établie. Dans certains pays de la Région, il se peut que les services soient offerts seulement dans des secteurs isolés ou dans des asiles, parfois sur de longues périodes sans évaluation régulière des progrès réalisés par les patients. Certains services peuvent être situés loin de la collectivité où demeure un individu, ou interdire l'accès aux visiteurs ou la participation des membres de sa famille. Il se peut que les services soient fournis sans la supervision médicale requise. Les normes minimales relatives aux soins ne sont peut-être pas reconnues, disponibles ou appliquées. Il se peut que les services soient offerts seulement contre paiement, ce qui les met hors de portée de la majorité des personnes dans le besoin. Les sans-abris et les autres groupes marginalisés peuvent ne pas avoir droit aux services ou ne pas y avoir accès. La réprobation associée à l'usage de substances psychoactives empêche les individus concernés de demander traitement et soins. Cette réprobation peut forcer les personnes qui abusent des substances psychoactives à recevoir des services qui ne sont pas efficaces ou qui imposent des conditions rigoureuses qui violent leurs droits de l'homme fondamentaux.

8. Le défi est de diffuser les stratégies de réduction de la demande ainsi que 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 la population en général et des groupes vulnérables. Ces services doivent disposer de ce qui suit : une attribution appropriée de ressources humaines et financières, un engagement politique visant à inclure une dimension sanitaire au sein de toutes les politiques relatives aux substances psychoactives, et un accès adéquat au traitement et aux soins relatifs aux problèmes de santé liés à l'usage de substances psychoactives.

Proposition

Cadre stratégique

9. 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 les mesures exclusives de contrôle de l'offre et d'exécution de la loi en matière d'usage de substances

psychoactives plutôt que de se substituer à ces mesures. Cette stratégie abordera aussi la nécessité pour le secteur de la santé publique d'accorder plus d'attention aux groupes de population qui vivent dans des situations de vulnérabilité.

Principes et valeurs

10. 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.⁷
 - b) Participation de la collectivité à la conception et à la mise en œuvre de politiques de réduction de la demande aux niveaux local et national, sur la base des meilleures preuves scientifiques disponibles.
 - c) Reconnaissance des déterminants sociaux de la santé comme facteurs critiques qui doivent être abordés dans le cadre des efforts de prévention dans le contexte des budgets nationaux. On peut citer les exemples suivants : éducation de qualité, emplois intéressants, meilleures conditions de vie, accès à l'information et participation sociale.
11. 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 l'OMS, UNODC et l'OEA/CICAD.
12. *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.
13. *But* : promouvoir le renforcement d'une réponse intégrée de santé publique de la part du secteur de la santé en collaboration avec d'autres secteurs par la mise en œuvre de plans d'action appropriés en matière de prévention. Le plan d'action en matière de

⁷ Voir le Plan stratégique 2008-2012 pour le BSP, Objectif stratégique 7, adopté par la 27^e 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.
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^e Conseil directeur, septembre 2006. Disponible à l'adresse : www.paho.org/french/gov/cd/CD47-15-f.pdf.

prévention inclura le dépistage, ainsi qu'une intervention précoce de même que le traitement, les soins, la réhabilitation et la réintégration sociale 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 lois et de plans nationaux de santé publique et allocation de ressources compatibles avec l'ampleur du problème que constitue l'usage de substances psychoactives

14. 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 inclure la prévention, l'intervention précoce, la réduction des conséquences négatives de l'usage de substances psychoactives, le traitement, la réhabilitation et la gestion des systèmes de santé. Le but du plan national devrait promouvoir la santé et le bien-être social des individus, des familles et des communautés, en particulier parmi les groupes de population à risque élevé. Dans certains cas, les activités de réduction de la demande ont été négligées dans les approches antérieures en matière de politiques sanitaires 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'usage de substances psychoactives au sein des systèmes généraux de soins de santé et des systèmes de santé publique. Il faudrait examiner les lois et les politiques existantes afin d'évaluer leur impact sur la santé publique. Cet examen aidera à guider la hiérarchisation de l'allocation des ressources, laquelle dépendra en partie des besoins déterminés à partir des données épidémiologiques et des tendances projetées concernant l'usage des drogues et les besoins en matière de services. Les groupes à risque élevé méritant une attention particulière comprennent 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 intraveineuses, les migrants, les femmes enceintes et les autres groupes vulnérables (voir l'annexe A).⁸

⁸ 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 intraveineuses 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.

15. La coordination, des activités de plaidoyer et la mobilisation sociale multisectorielles sont les composantes essentielles d'une approche globale de promotion de la santé. L'OEA/CICAD a élaboré un cadre visant à guider la formulation d'une politique nationale concernant les drogues (7). Ce cadre comprend une série d'étapes logiques visant à : déterminer les besoins essentiels d'un pays, amener les intervenants appropriés à jouer un rôle dans l'élaboration des politiques, évaluer les éléments de preuve qui appuient les stratégies efficaces et mettre en œuvre des mesures 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 panaméricaine de l'OEA/CICAD 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 sanitaires 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 instruments, aux déclarations et aux recommandations pertinents relatifs aux droits de l'homme des systèmes interaméricains et onusiens (voir l'annexe B).
- 1.2 Renforcer la prévention, le dépistage et l'intervention précoce, le traitement, la réhabilitation, la réintégration sociale et les services de soutien connexes, en faisant la promotion de la santé et du bien-être social des individus, des familles et des communautés, et en réduisant les conséquences négatives de l'usage de substances psychoactives, en particulier chez les groupes à risque élevé.
- 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 de soins de santé primaires et intégrées 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

16. 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. Il est important que les États membres examinent leurs activités de prévention afin de s'assurer que l'on détermine et met en œuvre les meilleures pratiques fondées sur des données probantes.

Objectifs

- 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 jeunes hommes et des jeunes femmes en particulier, et amélioreront l'accès à des informations et à des services sanitaires appropriés et factuels.
- 2.2 Promouvoir la sensibilisation, au niveau communautaire, à l'usage de substances psychoactives et aux troubles connexes par des programmes d'éducation, de formation et de plaidoyer.

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

17. Comme élément du programme mhGAP, l'OMS prépare actuellement un ensemble d'interventions relatives aux troubles liés à l'usage d'alcool et de substances psychoactives pour les pays à revenu moyen et faible. De plus, l'OMS a élaboré le test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives (ASSIST) lié à une intervention de courte durée pour les contextes de soins de santé primaires (6). 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.

18. L'expérience provenant de programmes pilotes à grande échelle semble indiquer que les programmes d'intervention précoce sont efficaces (8, 10).

19. Un modèle communautaire efficace de prestation de services comprend le traitement, le travail de proximité et les services spécialisés — visant à réduire les conséquences négatives sur la santé et les risques pour la santé liés à l'usage de substances psychoactives — qui soient culturellement appropriés, équitables et exempts de discrimination.

20. Il existe des preuves solides à l'appui de différents traitements et services comme éléments d'un système de santé publique complet et axé sur le rétablissement, prodigués autant dans la collectivité que dans les prisons. De tels services comprennent la pharmacothérapie aux agonistes avec aide psychosociale qui cible la dépendance aux opioïdes (telle que le traitement d'entretien à la méthadone et à la buprénorphine), les groupes d'entraide, la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, les programmes d'échange de seringues et les communautés thérapeutiques.

21. On doit accorder une attention particulière aux femmes enceintes qui font usage de substances psychoactives. 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. Les interventions réalisées ne devraient pas exposer ces femmes à la réprobation, car cela peut entraver l'accès aux soins et le bon développement du nouveau-né.

22. L'existence de services de haute qualité requiert la présence de ressources humaines adéquatement formées, y compris 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. De nombreux États membres ne disposent que des éléments rudimentaires d'un système complet de traitement de la toxicomanie ; par conséquent, des programmes d'études enrichis au premier cycle comme aux cycles supérieurs, des programmes de formation continue et d'autres occasions de formation sont requis pour les personnes qui travaillent à l'extérieur du système de santé, par exemple dans les ONG et les agences de services sociaux. De plus, des membres de la famille ou du foyer prodiguent souvent des soins à domicile, et ces personnes aussi ont besoin de formation et de soutien pour remplir ce rôle.

23. 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. On doit former aux bonnes pratiques en matière de prescription les professionnels des soins de santé, y compris ceux qui participent au traitement des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, pour garantir que ces substances sont prescrites et utilisées de manière appropriée.

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 et à accréditer 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 Fournir des outils, une formation et un soutien aux fournisseurs de soins de santé non rémunérés, en particulier ceux qui œuvrent au sein des foyers et des familles.
- 3.4 Réviser et mettre à jour les programmes d'études destinés aux autres professions de santé connexes 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.
- 3.5 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

24. 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 les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de l'usage de substances psychoactives, sur les politiques en matière d'usage de substances psychoactives et de santé publique, et sur les services de santé. L'OPS fournit une coopération technique en aidant au renforcement de la surveillance épidémiologique, y compris des procédures d'évaluation rapide, des sites sentinelles et des systèmes visant à surveiller les indicateurs qui mesurent les conséquences de l'usage de substances psychoactives sur la santé. Étant donné les limites qui caractérisent les systèmes existants de données et d'information partout dans la Région, l'OPS accroîtra son rôle en faveur de la diffusion de l'information, permettra la standardisation de l'information sanitaire relative aux substances psychoactives et se concentrera davantage sur les activités de gestion des connaissances. L'évaluation et la dissémination des informations sur l'impact sur la santé publique des politiques adoptées constituent une priorité.

Objectifs

- 4.1 Réaliser une évaluation complète de la prévention, de l'intervention précoce, du traitement, de la réhabilitation et de la réintégration sociale relatifs à l'usage de substances psychoactives, ainsi que des services de soutien connexes qui visent à réduire les conséquences négatives de l'usage de substances psychoactives dans les pays, à établir des bases de référence et à suivre l'évolution de la situation.
- 4.2 Améliorer les données portant sur l'usage de substances psychoactives que contiennent les systèmes d'information sanitaire 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 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'usage de substances psychoactives qui existent dans la Région.
- 4.4 Compiler et diffuser des informations et 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.

Domaine stratégique 5 : Partenariats stratégiques

25. 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.

26. Des initiatives récentes prises par l'OEA/CICAD, l'UNODC, l'ONUSIDA et l'OMS rendent opportun d'accorder plus d'attention à la collaboration régionale en matière d'activités de réduction de la demande et de santé publique.

Objectif

- 5.1 Créer des partenariats et renforcer les partenariats existants avec d'autres parties concernées pour l'élaboration d'une réponse intégrale de santé publique aux problèmes liés à l'usage de substances psychoactives dans la Région.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

27. Le Conseil directeur 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. Le Conseil est également prié d'examiner l'information contenue dans le présent document et d'envisager l'adoption de la résolution présentée 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. World Health Organization. *Global Health Risks*. Geneva: WHO; 2009.
5. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *The World Drug Report 2008*. Vienna: UNODC; 2008.
6. 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.
7. 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.
8. UNRISD Research and Policy Brief 9. Why care matters for social development. UNRISD, Geneva, Switzerland, 2009.
9. World Health Organization. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. WHO, Geneva, 2009.

10. Madras B.K., *et al.* Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. *Drug and Alcohol Dependence* 99, 280-295, 2009.

Annexes

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 drogues 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-méthylènedioxyamphétamine (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 morbidité 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 précurseurs chimiques servant à la synthèse illicite de métamphétamines 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). Le tableau 1 et la figure 1 montrent l'ampleur de l'usage problématique de drogues illégales dans trois sous-régions des Amériques.

3. L'usage de drogues contribue au fardeau de morbidité 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, le 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 en Amérique latine (AVCI) (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, soulignent 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).

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 (2003-2008)

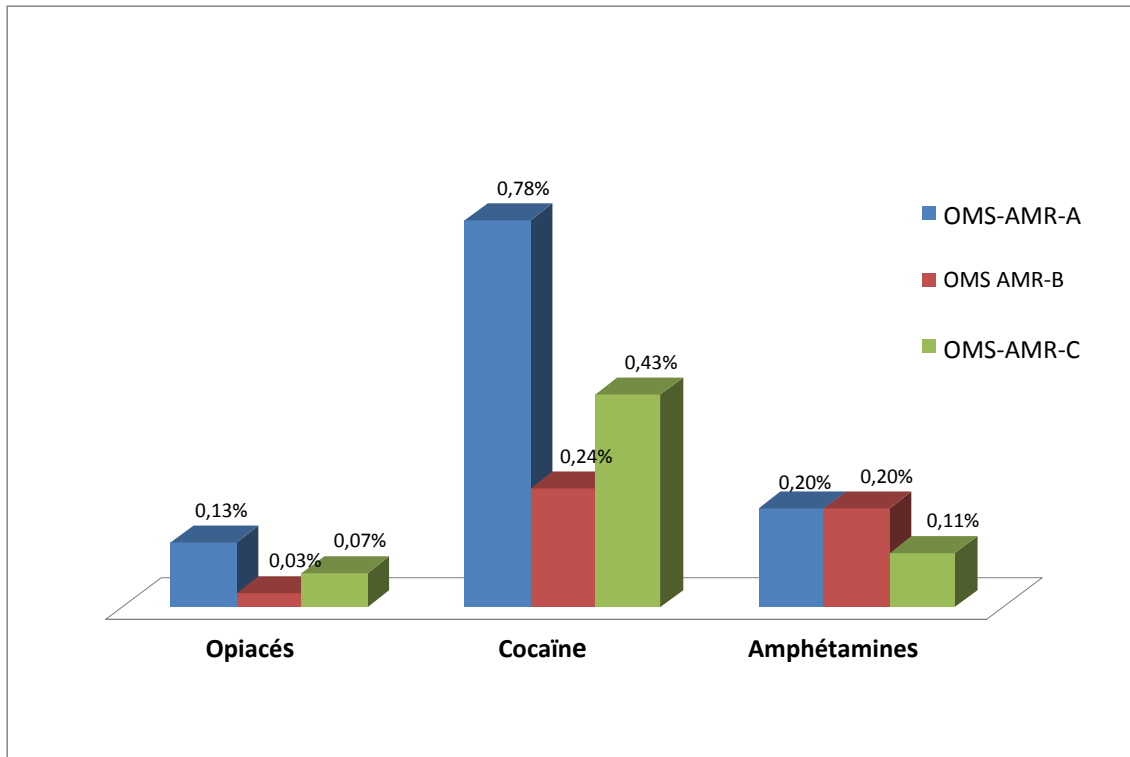
Pays et année	Pourcentage d'écoliers qui ont fait usage d'une drogue illicite au moins une fois au cours de leur vie								
	Les deux sexes			Garçons			Filles		
	%	Écart-type		%	Écart-type		%	Écart-type	
Argentine (2007)	9,0	±	3,1	11,6	±	4,1	6,7	±	3,1
Chili / Métropolitain (2004)	10,1	±	2,4	10,7	±	2,0	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) ^a	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) ^a	15,6	±		20,3	±		10,3	±	
Mexique (2006) ^b	12,1	±		13,2	±		11,1	±	
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>.

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

b Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F., Buenabad, N. and Medina-Mora, ME (2009) Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental. vol. 32 (4.): 287-297, jul-ago, 2009

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



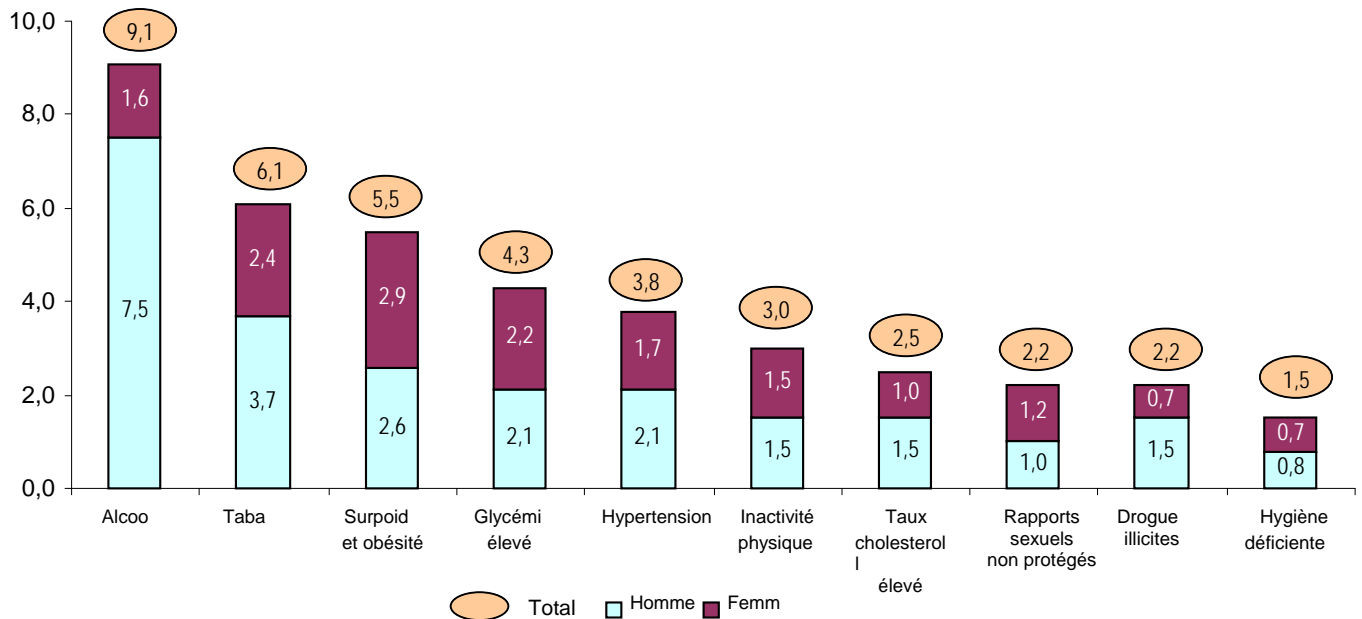
Source : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). The World Drug Report 2008. Vienne : UNODC ; 2008.

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) :

- **OMS-AMR-A** — Pays des Amériques où le taux de mortalité juvénile et adulte est très faible (Canada, Cuba, États-Unis).
- **OMS-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).
- **OMS-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.

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. Luxembourg: European Commission; 2009.

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 de l'OMS, en déclarant des principes essentiels au bonheur, aux relations harmonieuses et à la sécurité de tous les peuples, affirme que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité... » et que « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » 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 politiques¹ (2) ;
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels² (3) ;
- Convention relative aux droits de l'enfant³ (4) ;

¹ 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.

² 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.

³ 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

- Convention relative aux droits des personnes handicapées⁴ (5) ;
 - Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes⁵ (6) ;
 - Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale⁶ (7) ;
 - Règles pour l'égalisation des chances des handicapés⁷ (8).
3. Instruments du système interaméricain pour la protection des droits de l'homme :
- Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme⁸ (9) ;
 - Convention américaine relative aux droits de l'homme⁹ (10) ;
 - Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels, « Protocole de San Salvador »¹⁰ (11) ;
 - Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées¹¹ (12) ;

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

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ « Les Règles ont pour objet de garantir aux filles et garçons, femmes et hommes handicapés les mêmes droits et obligations qu'à leurs concitoyens. »

⁸ OEA, rés. XXX. OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rév.1 à 17 (1992).

⁹ 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.

¹⁰ 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.

- Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme¹² (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 mentales¹³ (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 Supp. (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 Supp. (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 ONU 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 ONU GAOR Supp. (N° 46) p. 193, ONU Doc. A/34/46. <http://www2.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>.

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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), signé le 17 novembre 1988, Documents de base concernant les droits de l'homme dans le système interaméricain, 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. Rapport annuel de la Commission interaméricaine des Droits de l'Homme (CIDH), OEA/Ser.L/V/II.111, doc. 20 rév., 16 avril 2001.



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

CD50/18, Rév.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 : 4.14 Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et à la santé publique

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 Ramón de la Fuente Muñiz, Mexique
- Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Canada

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

L'usage 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'usage 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'usage de substances psychoactives.

6. 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 substances psychoactives au Brésil et aux États-Unis comme élément des systèmes nationaux de santé de ces pays ;
- Intégration du dépistage et des interventions de courte durée visant les problèmes précoces liés à l'usage de substances psychoactives dans des contextes de soins de santé primaires ou des contextes non spécialisés au Brésil et au Mexique ;
- Considération des problèmes d'usage de substances psychoactives 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 substances psychoactives séropositifs ;
- Programmes d'échange de seringues comme élément de l'élaboration d'une réponse de santé publique aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives qui soit complète et axée sur le rétablissement, 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 la dépendance aux opioïdes aux États-Unis, au Mexique et au Canada ;
- Solutions de remplacement à l'incarcération pour les utilisateurs de substances psychoactives qui commettent des infractions mineures en Argentine, au Brésil et en Uruguay ;
- Disponibilité des services de traitement pour troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans les prisons aux États-Unis et au Canada;
- Contrôle réglementaire des psychotropes à usage médical dans plusieurs pays, dont le Brésil, le Canada et les États-Unis ;
- Contrôle des précurseurs chimiques de la production d'amphétamines aux États-Unis et au Canada;
- Renforcement des programmes destinés aux familles aux États-Unis et au Canada;
- Organismes d'entraide entre pairs dans plusieurs pays.

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



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR **62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

CD50/18, Rév.1 (Fr.)

Annexe D

ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉSOLUTION

STRATÉGIE RELATIVE À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LA SANTÉ PUBLIQUE

LE 50^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le document CD50/18 intitulé « Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique » ;

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 qu'une stratégie équilibrée est nécessaire et qu'elle doit comprendre des approches de réduction tant de l'offre que de la demande, tout en répondant à un besoin crucial en matière de prévention, de dépistage, d'intervention précoce, de traitement, de réhabilitation, de réintégration sociale et de services d'appui pour réduire les conséquences néfastes de l'utilisation de substances psychoactives et assurer la promotion de la santé et du bien-être social des particuliers, des familles et de la communauté ;

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, la stratégie hémisphérique de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'Organisation des États Américains (OEA/CICAD) et le Programme d'action Combler

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 ;

Observant que la proposition de Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique 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 la Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique et d'appuyer la mise en œuvre dans le contexte des conditions spécifiques à chaque pays de manière à donner une réponse adéquate aux besoins présents et futures en ce qui concerne l'usage des substances.
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 ses répercussions en matière de santé publique, 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, le développement durable et 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 souffrant de troubles dus à l'usage de substances psychoactives ;
 - 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 ;
 - j) d'allouer des ressources financières suffisantes pour obtenir un équilibre approprié 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 dix ans, en étroite collaboration avec les États membres, les ONG, les établissements de recherche, les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, l'OEA/CICAD 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 relatifs à l'usage de substances psychoactives et la santé publique dans le cadre de leurs politiques de santé publique et de leurs politiques sociales, en

- tenant compte de la Stratégie sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique, 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 pour mettre cette Stratégie en œuvre ;
 - f) de coordonner la mise en œuvre de la Stratégie avec l'OEA/CICAD et avec les commissions nationales de lutte contre la drogue, selon le cas.



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

CD50/18, Rév.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 : 4.14 : Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et à la santé publique

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 les engagements politiques, financiers et techniques 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 leurs capacités 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

	<p>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> <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>3. Incidences budgétaires : La stratégie a des incidences budgétaires pour l'Organisation.</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à 10 000 \$ US près, activités et personnel compris) : \$450 000 par an sur dix ans, pour un total de \$4 500 000.</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à 10 000 \$ US près, activités et personnel compris) : \$650 000.</p> <p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? \$410 000.</p>
	<p>4. Incidences administratives</p> <p>a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Niveaux Régional, infrarégional et national.</p> <p>b) Besoins supplémentaires de dotation en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :</p>

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.

- c) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : 2011-2021.**