

2002

Rapport annuel
sur l'état du phénomène de la drogue
dans l'Union européenne et en Norvège

Notice légale

Ce document est la propriété de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) qui en détient les droits d'auteur. L'OEDT décline toute responsabilité quant à l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans le présent document. Sauf indication contraire, la présente publication, y compris toutes les recommandations ou opinions, ne représente aucunement la politique de l'OEDT, de ses partenaires, de tout État membre de l'Union européenne, de toute agence ou institution de l'Union européenne ou des Communautés européennes.

Beaucoup d'informations complémentaires sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet. Il est possible d'y accéder via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

Le présent Rapport est disponible en allemand, en anglais, en danois, en espagnol, en finnois, en français, en grec, en italien, en néerlandais, en norvégien, en portugais et en suédois. Toutes les traductions ont été réalisées par le Centre de traduction des organes de l'Union européenne.

Une fiche bibliographique figure à la fin de cette publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002

ISBN 92-9168-130-X

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2002

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Italy



O . E . D . T .
Observatoire Européen des
Drogues et des Toxicomanies

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisbonne

Tél. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Site web: <http://www.emcdda.org>

Sommaire

Remerciements	4
Préface	5
Aperçu	7
CHAPITRE 1	
Situation de la drogue	11
Usage de drogues dans la population en général	11
Consommation problématique de drogues	15
Demande de traitement	16
Maladies infectieuses liées à la drogue	19
Décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues	23
Criminalité liée à la drogue	26
Marchés de la drogue et disponibilité	28
CHAPITRE 2	
Réponses à la consommation de drogues	31
Stratégies nationales et européennes en matière de drogues	31
Réduction de la demande	34
Réduction de l'offre	39
CHAPITRE 3	
Questions particulières	43
La polytoxicomanie	43
Traitements réussis	48
La consommation de drogues en prison	51
Points focaux Reitox	60

Remerciements

L'OEDT souhaite exprimer sa gratitude envers les personnes et les organismes mentionnés ci-après, dont la contribution a permis la rédaction de ce Rapport:

- les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- les services des différents États membres qui ont collecté les données brutes nécessaires pour ce Rapport;
- les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'OEDT;
- le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne — en particulier son groupe horizontal «Drogues» — et la Commission européenne;
- le groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, le Programme des Nations unies pour le contrôle international de la drogue, l'Organisation mondiale de la santé, Europol, Interpol, l'Organisation mondiale des douanes et le Centre de suivi épidémiologique du sida;
- le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications officielles des Communautés européennes.

Préface

Le *Rapport annuel 2002* confirme bien à quel point il est difficile de résumer le «problème des drogues en Europe» dans une formule unique, tant celui-ci présente des aspects diversifiés. Les tendances et le niveau des usages de drogues illicites diffèrent d'un pays et d'une région à l'autre, tout comme diffèrent leurs formes et leurs conséquences. Se focaliser exclusivement sur des moyennes nationales peut masquer des tendances qui sont, au contraire, fortement divergentes au niveau régional ou local. Cependant, si certains indicateurs indiquent une dégradation de la situation dans certains pays ou régions, le tableau d'ensemble donne davantage l'image d'une situation «endémique» relativement stable caractérisée par des taux constants de recrutement et d'abandon. Cette évolution est remarquable et contraste quelque peu avec la situation qui prévalait dans les années 80 et durant la première moitié des années 90, lorsqu'on enregistrait, dans de nombreux pays de l'Union européenne, des hausses extrêmement fortes, ressemblant à de véritables épidémies, de l'usage de certaines drogues illicites.

Ainsi, la consommation de cannabis, dont on a longtemps constaté qu'elle augmentait, montre des signes de stabilisation (à des niveaux très variables) dans certains pays, bien que les problèmes liés à l'usage de cannabis et de cocaïne, eux, s'accroissent vraisemblablement. De même, on peut relever que, si sept pays sur quinze ont revu leurs estimations à la hausse, la plupart des autres pays signalent une relative stabilité du nombre de consommateurs problématiques. Quant au VIH, sa prévalence semble stable dans l'ensemble, même si elle varie très sensiblement d'un pays à l'autre et que d'importantes augmentations ont été constatées dans certaines régions et/ou sous-groupes d'injecteurs. Le nombre de décès liés à la drogue, quant à lui, apparaît avoir atteint un plateau, même si, là encore, ce n'est pas le cas dans tous les pays de l'Union. Enfin, on retiendra que les prix de la plupart des drogues illicites semblent, en général, stables ou en baisse.

Ces changements n'appellent pas pour autant complaisance et relâchement. L'Union européenne compte encore de deux à neuf usagers problématiques de drogues sur 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Dans certaines régions, plus de 25 % des usagers de drogues par injection sont infectés par le VIH et la prévalence du virus de l'hépatite C continue d'être extrêmement élevée (40 à 90 %). Entre 7 000 et 8 000 décès liés à la drogue surviennent chaque année, et d'inquiétantes augmenta-

tions se sont produites dans des pays qui connaissaient jusqu'ici une situation assez stable, voire en amélioration. Le risque de décès est, quant à lui, 20 fois supérieur parmi les usagers d'opiacés que parmi leurs pairs du même âge ne consommant pas de drogue. Le nombre de patients sous traitement a augmenté et, même si l'offre thérapeutique est de plus en plus développée, elle demeure manifestement insuffisante, en particulier dans les prisons. C'est pourquoi il est d'une importance primordiale que l'effort politique contre la drogue se poursuive et soit même amplifié.

D'autant que concernant certains problèmes, on dispose d'un éventail de mesures dont l'efficacité relative est désormais assez solidement attestée. Ainsi en est-il par exemple de la valeur des services à bas seuil et de l'accès à du matériel d'injection stérile dont on reconnaît assez largement qu'ils contribuent à réduire les risques d'infection par voie parentérale. De même, les effets favorables de la substitution par la méthadone sur la mortalité et la morbidité, la relative valeur des traitements volontaires de désintoxication et le rôle positif des programmes de substitution dans la réduction de la consommation de drogues, des comportements à risque et de la criminalité sont à présent largement reconnus.

La reconnaissance assez généralisée de la valeur de ces mesures et dispositifs est un facteur qui contribue, sans doute, à la relative convergence des politiques publiques en matière de prévention et de traitement au sein de l'Union européenne. Néanmoins, il convient de noter que cette convergence ne se réalise pas de manière homogène dans tous les pays (la distribution de seringues, par exemple, peut se développer dans certains pays et moins dans d'autres). Cette convergence ne se réalise pas forcément non plus de manière homogène au sein d'un même pays (la méthadone peut être largement distribuée dans les centres de soin, par exemple, et moins dans les prisons).

Il reste que les politiques nationales promeuvent de plus en plus de mesures similaires, particulièrement en matière sanitaire et sociale. Dans de nombreux pays, des évolutions législatives comparables peuvent être également observées, comme la tendance croissante à considérer les substances indépendamment de leur statut légal, à accroître la distinction entre simples usagers de drogues et autres contrevenants à la législation sur les stupéfiants, à réduire ou éliminer les sanctions pour usage ou possession de cannabis ou encore à renforcer et affiner le cadre légal pour les traitements de substitu-

tion. La prévention n'est pas en reste: considérée comme une priorité un peu partout dans l'Union, la qualité des interventions en la matière apparaît de plus en plus assurée par l'élaboration de standards nationaux et de procédures d'accréditation.

Le consensus croissant au sein de l'Union européenne traduit certainement une plus grande efficacité dans la lutte contre les problèmes liés aux usages de drogues, en réduisant la morbidité, la mortalité, la stigmatisation et l'exclusion sociale parmi les usagers problématiques,

tout en fournissant des informations plus fiables sur les risques potentiels aux usagers non problématiques. Ce consensus fait ainsi écho à celui exprimé par les citoyens européens qui reconnaissent le caractère prioritaire de la lutte contre la drogue. Je suis convaincu que ce *Rapport annuel 2002* constitue une contribution importante au fondement scientifique des stratégies, tant nationales qu'européennes, de lutte contre la drogue.

Georges Estievenart
Directeur exécutif

Aperçu

Situation de la drogue

Usage de drogues parmi la population en général

- L'usage de substances illicites est concentré parmi les jeunes adultes, et notamment chez les hommes en milieu urbain bien qu'il commence à se répandre dans les petites villes et en milieu rural.
- La consommation récente (sur les douze derniers mois) de cannabis concerne 5 à 15 % des jeunes adultes dans la plupart des pays. La consommation récente d'amphétamines concerne entre 0,5 et 6 % des jeunes adultes, la cocaïne entre 0,5 et 3,5 % et l'ecstasy entre 0,5 et 5 %.
- La consommation au cours de la vie de cannabis concerne entre 10 et 30 % de l'ensemble de la population adulte européenne, alors que les amphétamines, la cocaïne et l'ecstasy ont été essayées par environ 1 à 5 % de la population.
- Dans la plupart des pays de l'UE, la consommation de cannabis a nettement augmenté dans les années 90, en particulier parmi les jeunes gens, bien que ces dernières années sa consommation semble se stabiliser dans certains pays. La consommation de cocaïne pourrait avoir augmenté au cours de ces dernières années dans certains pays mais cette tendance n'est pas nette.

Consommation problématique de drogues

- D'une manière générale, les niveaux de consommation problématique de drogues semblent stables, même si certains pays rapportent des changements en termes d'estimations suggérant une augmentation de la consommation problématique de drogues depuis 1996.
- Les chiffres concernant la Belgique et la Norvège (données disponibles uniquement pour les usagers par injection), l'Allemagne, l'Italie, le Luxembourg, la Suède et le Royaume-Uni semblent augmenter au niveau national.
- Les estimations de consommation problématique de drogues se situent toutes entre deux et neuf cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans.
- Les estimations de consommation par injection se situent en général entre deux et cinq cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans.

Demande de traitement

- Les pays font état d'une augmentation du nombre de patients en traitement.
- La majorité des patients demandent un traitement pour consommation d'opiacés, suivis du cannabis, de la cocaïne et des amphétamines. On relève beaucoup de différences entre les pays.
- Les tendances ventilées par drogue montrent que le nombre de nouveaux patients admis en traitement pour héroïnomanie est stable ou en diminution. Le nombre d'admissions en traitement pour usage de cannabis est en hausse dans certains pays (Allemagne, Danemark). Le nombre des traitements pour cocaïne — en hausse jusqu'à l'année dernière — semble s'être stabilisé.
- Les principaux modes d'administration mentionnés par les nouveaux patients sont l'injection pour l'héroïne (45,9 %), la consommation en sniffant pour la cocaïne (47,1 %) et la consommation par voie orale (manger/boire) pour les stimulants (56,4 %).

- Les conditions sociales des usagers de drogues semblent se dégrader par rapport à la population en général de la même tranche d'âge. Les niveaux d'éducation sont plus faibles et les taux de chômage plus élevés.

Maladies infectieuses liées à la drogue

- Les niveaux d'infection au VIH varient entre 1 % au Royaume-Uni et 34 % en Espagne, mais sont généralement stables.
- La prévalence du VIH était supérieure à 25 % parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) testés régulièrement pendant le traitement dans les régions italiennes d'Émilie-Romagne, Lombardie et Sardaigne, en France, à Lisbonne et Porto (Portugal) et en Espagne.
- Des augmentations du nombre de transmissions du VIH (chez des sous-groupes d'UDVI) ont été relevées dans des régions ou des villes en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche, au Portugal et en Finlande.
- La prévalence du VHC est extrêmement élevée dans tous les pays de l'UE, avec des taux d'infection allant de 40 à 90 % dans différents sous-groupes d'UDVI.

Décès liés à la drogue

- Chaque année, entre 7 000 et 8 000 décès sont rapportés par les pays de l'UE et le nombre de cas réels est probablement supérieur. Les opiacés sont présents dans la plupart des décès liés à des surdoses bien que la présence d'autres substances soit fréquente.
- La tendance est relativement stable au niveau de l'UE, avec toutefois des différences entre les tendances nationales. Il est préoccupant de voir que certains pays de l'UE rapportent récemment des tendances à la hausse après une période de stabilisation ou de tendance à la baisse.
- Les usagers d'opiacés, notamment par injection, ont un taux de mortalité jusqu'à 20 fois plus élevé que des tranches d'âge équivalentes au sein de l'ensemble de la population, en raison de surdoses, de maladies infectieuses, d'accidents, de suicides, etc.

Criminalité liée à la drogue

- La majorité des infractions liées à la drogue rapportées par la police concerne l'usage ou la possession de drogues dans tous les pays, hormis en Norvège, aux Pays-Bas, en Italie et en Espagne.
- La proportion de détenus déclarant avoir déjà consommé une drogue illicite varie selon les prisons

et les pays entre 29 % et 86 % (plus de 50 % dans la plupart des études).

- La plupart des usagers de drogues ont tendance à cesser ou réduire leur consommation après l'emprisonnement en raison d'une disponibilité moindre des drogues illicites. Toutefois, certains continuent à se droguer et d'autres commencent une fois détenus.

Marchés de la drogue et disponibilité

- Dans tous les pays de l'UE à l'exception du Portugal où les saisies d'héroïne sont prédominantes, la majorité des saisies concernent le cannabis. En 2000, les quantités saisies ont diminué dans la plupart des États membres.
- Au niveau de l'UE, le nombre de saisies de cannabis et d'ecstasy a continué d'augmenter en 2000, alors qu'il a diminué pour l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines.
- L'année 2000 a enregistré une nette diminution des quantités de cocaïne saisies — principalement en raison de fortes diminutions dans les pays enregistrant la majorité des saisies de cocaïne dans l'UE (l'Espagne, la France et les Pays-Bas).
- Le prix de vente de toutes les drogues illicites est resté globalement stable ou a diminué dans l'UE, malgré certaines hausses du prix de l'héroïne brune.

Réponses à la consommation de drogues

Stratégies nationales

- La tendance de ces dernières années à apporter des réponses stratégiques au phénomène de la drogue se poursuit. Les objectifs et les cibles sont mieux définis que par le passé. La mise en œuvre et l'évaluation sont désormais les principaux défis des stratégies nationales en matière de drogue.
- La prévention et les activités de traitement concernant l'alcool et le tabac reçoivent une attention accrue. Les stratégies ont tendance à cibler les substances responsables de la dépendance, quel que soit leur statut légal.

Législations nationales

- On note une tendance à distinguer plus clairement les simples usagers de drogues et autres contrevenants à la législation sur les stupéfiants, par le biais de distinctions juridiques ou politiques, ou par la mise en place d'un système judiciaire plus spécialisé ou la combinaison des deux.

Aperçu

- Dans le même temps, un certain nombre de pays ont choisi de limiter ou de supprimer les sanctions pour possession ou usage personnel de cannabis, en le distinguant des autres substances.
- Les nouvelles législations régissant la conduite sous l’emprise de drogues spécifient les destinataires et les méthodes de test, ce qui pourrait permettre d’améliorer la collecte de données statistiques qui serviront de base scientifique pour élaborer une législation spécifique sur le sujet à l’avenir.
- Des cadres juridiques nationaux pour les traitements de substitution sont en train d’être établis ou renforcés.

Réduction de la demande

- Toutes les stratégies nationales en matière de drogue définissent des priorités en termes de réponses. La prévention en milieu scolaire est perçue comme une priorité dans dix États membres, la prévention et l’intervention précoce destinées aux groupes de jeunes à risque dans neuf pays et les réponses en matière de justice pénale dans sept. Huit pays ressentent la nécessité de renforcer leurs structures de traitement.
- La qualité des réponses en matière de réduction de la demande est assurée par l’introduction, dans certains pays, de normes, de procédures d’accréditation ou de lignes directrices nationales.

Prévention en milieu scolaire, au niveau local et dans la communauté

- Tous les États membres soulignent la priorité absolue donnée à la prévention et font état de nombreuses activités préventives dans différents milieux, et notamment en milieu scolaire. Toutefois, il existe un écart considérable entre les objectifs politiques d’une part et la réalité et la qualité de la prévention d’autre part.
- Les objectifs de la prévention en milieu scolaire concernent les principes de promotion de la santé en général, le développement des compétences sociales/personnelles ou la promotion de l’identité/personnalité. La sensibilisation et l’information sont souvent au cœur de la prévention en matière de drogue, bien que de telles approches seules se soient avérées inefficaces.
- Il existe de grandes différences entre les États membres en ce qui concerne le rôle des médias dans les stratégies de prévention — qui va de «aucun» à «prédominant».

Prévention dans les lieux festifs

- La prévention dans les lieux festifs est basée sur trois stratégies d’intervention: la production de matériel d’information sur les drogues; les interventions personnalisées dans les discothèques ou les raves; les mesures structurelles telles que les lignes directrices sur le *safe-clubbing* (soirées festives en toute sécurité).
- La valeur des interventions de contrôle de pilules sur site, visant à une prévention interactive, a été occultée par des débats axés sur la question de leur précision pharmacologique et leurs implications juridiques.

Prévention des maladies infectieuses

- Les principales réponses basées sur des constats probants visant à prévenir les maladies infectieuses chez les usagers de drogues sont: l’immunisation contre l’hépatite, le traitement de la toxicomanie (notamment la prescription de drogues de substitution), le travail de proximité basé sur les communautés, l’accès à du matériel d’injection stérile et des informations et des formations pour un usage plus sûr.
- Les programmes spécifiques qui donnent accès à du matériel d’injection stérile sont très importants pour limiter le taux de VIH et des autres infections virales transmises par le sang. Bien que les programmes d’échange de seringues se soient répandus, de grandes différences demeurent en termes de couverture de la population cible entre les pays et dans les pays.
- Les taux d’immunisation contre l’hépatite parmi les usagers de drogues sont très faibles. Des efforts systématiques sont en cours dans certains pays pour rendre la vaccination plus accessible.

Prévention des décès liés à la drogue

- Un nombre considérable de surdoses pourrait être évité.
- La maintenance par la méthadone a des effets protecteurs importants en termes de mortalité due à des surdoses d’opioïdes.
- Des approches innovantes de prévention et de gestion des surdoses (telles que la formation des usagers de drogues pour qu’ils se protègent des surdoses et pour qu’ils gèrent mieux les situations de surdoses dont ils sont témoins, la formation à l’administration de naloxone ainsi qu’aux techniques de réanimation, ou le développement de matériel spécifique d’information en prévention) sont rapportées dans certains pays.

Disponibilité des structures de traitement

- Les cinq dernières années ont connu une augmentation considérable de la disponibilité des structures de traitement dans l'Union européenne et en Norvège. Les traitements médicalement assistés semblent avoir augmenté plus rapidement que les traitements de sevrage.
- Les évaluations relatives à l'abstinence sans traitement pharmacologique ont démontré son efficacité. Les résultats de cette évaluation varient, mais en général, 30 à 50 % des patients admis en traitement de sevrage le terminent avec succès.
- Le traitement médicalement assisté à la méthadone ou la buprénorphine s'est révélé efficace pour atteindre des objectifs tels que la réduction de la consommation de drogues illicites, des comportements à risque et de la criminalité. Il s'est avéré que des doses suffisantes étaient impératives pour parvenir à des résultats positifs. Les interventions psychosociales accompagnant les traitements contribuent de façon importante au succès mais elles ne sont pas encore suffisamment développées.

Réponses en matière de justice pénale

- Les autorités judiciaires dans les pays de l'UE disposent d'une série de mesures à différents niveaux du système de justice pénale pour orienter les usagers de drogues ayant commis un délit vers un traitement.
- La plupart des pays de l'UE disposent de programmes de traitement axés sur l'abstinence et/ou d'unités de sevrage dans les prisons. Toutefois, le nombre total de places est faible par rapport au nombre estimé de détenus ayant des problèmes de drogue.
- Des traitements de substitution sont désormais disponibles en prison dans presque tous les pays de l'UE et en Norvège. Néanmoins, même dans les pays où un pourcentage élevé d'usagers de drogues à problème dans la communauté suit un traitement de substitution, les prisons appliquent principalement une politique de désintoxication.
- On relève la nécessité de systèmes de «traitement par étapes»/traitement continu pour limiter les récidives parmi les délinquants toxicomanes.
- On remarque un effort croissant en ce qui concerne l'amélioration de la documentation et de l'évaluation d'autres réponses du système de justice pénale, mais il existe (encore) peu de preuves scientifiques.

Réduction de l'offre

- La lutte contre le trafic de drogues organisé constitue une priorité pour les États membres. On assiste à des efforts d'amélioration des systèmes de bases de données et des techniques de criminologie, ainsi qu'à un développement accru de la coopération internationale.
- La lutte contre le détournement de substances chimiques et de précurseurs sous contrôle fait partie intégrante de la coopération internationale accrue. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour garantir un niveau approprié de surveillance.
- La coopération internationale des douanes et les activités du Groupe d'action financière internationale (GAFI) sur le blanchiment de capitaux de l'OCDE jouent un rôle très important dans les mesures contre le blanchiment de capitaux.

Situation de la drogue

Ce chapitre présente un aperçu de l'usage et de l'offre de drogues dans l'UE et en Norvège et met en évidence les récentes évolutions ainsi que les tendances émergentes.

Usage de drogues dans la population en général ⁽¹⁾

Les enquêtes parmi la population en général permettent d'estimer la proportion de la population ayant consommé des drogues différentes pendant certaines périodes et de fournir des informations sur les comportements et les caractéristiques des personnes enquêtées. Concernant les drogues illicites, les indicateurs les plus courants sont les suivants:

- toute utilisation durant la vie de l'individu (prévalence tout au long de la vie), plus communément appelée «consommation au cours de la vie» de drogues;
- toute utilisation au cours de l'année précédente (prévalence sur les douze derniers mois), plus communément appelée «consommation récente» de drogues;
- toute utilisation au cours du mois précédent (prévalence sur les trente derniers jours), plus communément appelée «consommation actuelle» de drogues.

La «consommation au cours de la vie» présente toujours des chiffres plus élevés, et elle est fréquemment utilisée dans les rapports et évaluations portant sur l'état du phénomène de la drogue dans un pays. Cependant, la consommation au cours de la vie ne reflète pas à elle seule la situation actuelle. Cet indicateur comprend en effet toutes les personnes qui ont consommé de la drogue un jour, fût-ce une seule fois ou quelques fois il y a longtemps.

La «consommation récente» présente des chiffres moins élevés mais traduit mieux la situation actuelle. L'associa-

tion de la consommation au cours de la vie et de la consommation récente peut fournir des informations de base sur les modèles de consommation de drogues (par exemple, les taux de continuation). La «consommation actuelle» peut fournir des indications sur la consommation habituelle mais les chiffres sont généralement bas si l'on considère l'ensemble de la population.

Bon nombre d'enquêtes portent sur l'apparition de la toxicomanie et la fréquence de consommation, ce qui permet d'estimer l'incidence et les modèles de consommation. D'autres variables individuelles (variables socio-démographiques, opinions et perceptions des risques, modes de vie, problèmes de santé, etc.) peuvent permettre d'établir des liens entre la consommation et d'autres facteurs individuels.

Les tranches d'âge utilisées peuvent avoir beaucoup d'influence sur les estimations de prévalence. Les comparaisons devraient porter sur les mêmes groupes d'âge. L'OEDT recommande d'utiliser la tranche d'âge entre 15 et 64 ans pour l'ensemble de la population adulte et entre 15 et 34 ans pour les jeunes adultes, mais des différences persistent entre les données nationales.

Modèles de consommation de drogues

En dépit des contraintes méthodologiques, des modèles de consommation de drogues de base communs et divergents peuvent être identifiés parmi les États membres de l'UE.

Le cannabis reste la substance illicite la plus communément utilisée dans tous les pays de l'UE, davantage en termes de consommation au cours de la vie que de consommation récente ou courante qui indique que

(1) La méthodologie pour estimer l'usage des drogues parmi la population en général est expliquée en ligne (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

la consommation tend à être occasionnelle ou irrégulière après quelque temps. Une faible proportion en consomme de façon quotidienne et une attention particulière devrait être portée à ce groupe.

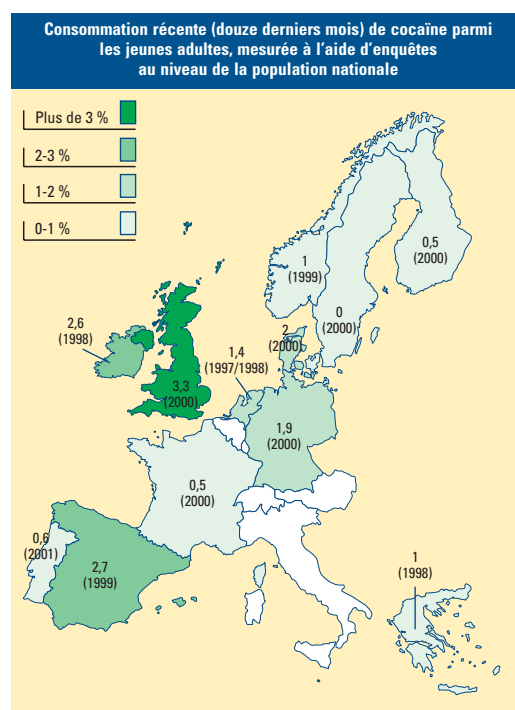
Des substances autres que le cannabis sont utilisées par des proportions de population beaucoup plus faibles, même s'il existe des différences considérables entre les pays. Dans ce cas également, la consommation au cours de la vie est nettement plus élevée que la consommation récente (2) (3).

L'usage de substances illégales est concentré parmi les jeunes adultes dont les taux de prévalence sont presque deux fois supérieurs à ceux de l'ensemble de la population adulte. Les hommes affichent des taux de consommation plus élevés que les femmes parmi la population ayant consommé des drogues dans tous les pays et toutes tranches d'âge confondues, même si ces différences sont moindres parmi les groupes plus jeunes (4). La consommation de drogues est beaucoup plus répandue en milieu urbain bien qu'elle commence à se répandre dans les petites villes et le milieu rural.

La consommation au cours de la vie de cannabis concerne entre 10 % (Finlande) et 25 à 30 % (Danemark et Royaume-Uni) de l'ensemble de la population adulte, avec un nombre significatif de pays qui affichent des chiffres se situant autour de 20 % (Belgique, Allemagne, Espagne, France, Irlande et Pays-Bas). Les amphétamines ont été essayées par 1 à 6 % de la population (11 % au Royaume-Uni), la cocaïne et l'ecstasy ont chacune été essayées par environ 0,5 à 4,5 % de la population. L'héroïne a été essayée d'une manière générale par moins de 1 % de la population, mais jusqu'à 2 à 3 % des jeunes hommes dans certains pays l'ont essayée. Si l'on se réfère à la situation en dehors de l'Europe, selon l'enquête menée auprès des ménages aux États-Unis en 2000, 34 % des adultes (12 ans et au-delà) ont déclaré avoir consommé au cours de leur vie du cannabis et 11 % de la cocaïne (5).

Entre 1 et 10 % de l'ensemble des adultes déclarent avoir consommé récemment du cannabis, même si

Graph. 1



NB: Ces données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Concernant les jeunes adultes, l'OEDT utilise la tranche d'âge entre 15 et 34 ans (Danemark et Royaume-Uni, à partir de 16 ans, Allemagne et Irlande, à partir de 18 ans). Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer partiellement les disparités entre les pays. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés, au niveau national, pour s'adapter le plus possible aux normes de groupes d'âge de l'OEDT.

Sources: Rapports nationaux Reitox, 2001, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau épidémiologique standard «Prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation de drogues récente mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population dans certains pays de l'UE» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

presque tous les pays disposant de données sur ce sujet font état de taux situés entre 5 et 10 %. D'une manière générale, moins de 1 % des adultes déclarent avoir consommé récemment des amphétamines, de la cocaïne ou de l'ecstasy, alors que l'Irlande et le Royaume-Uni ont des taux plus élevés concernant les trois substances, de même que le Danemark et la Norvège, pour ce qui est des amphétamines, et l'Espagne, pour la cocaïne.

Les taux de consommation récente de drogues sont nettement plus élevés parmi les jeunes adultes. Dans la plupart des pays, il a été récemment constaté que 5 à 18 % des jeunes adultes consomment du cannabis (en

(2) Graphique 1 EL (en ligne) — Modèles de consommation de drogues parmi la population en général. Exemple de l'usage de cannabis: consommation au cours de la vie et consommation actuelle (trente derniers jours) dans l'enquête nationale néerlandaise de 1997 (version en ligne).

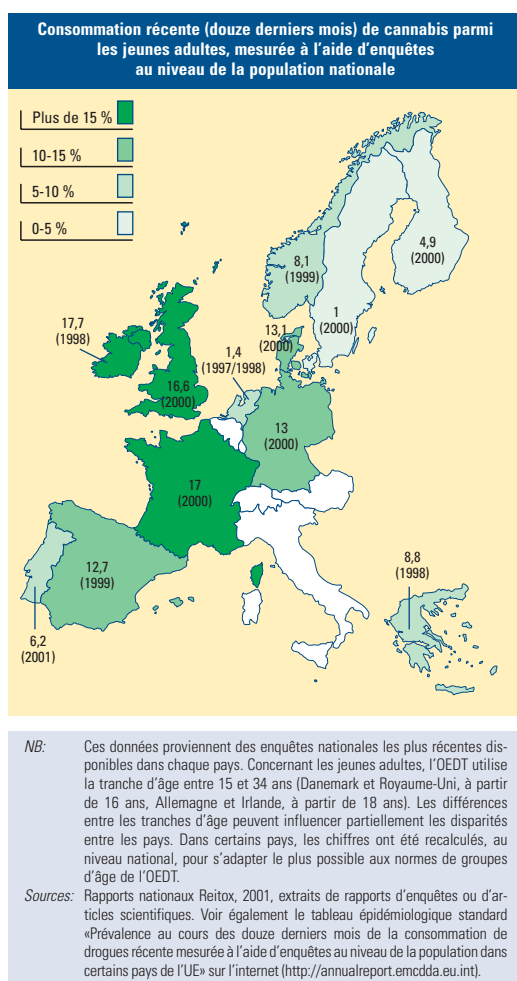
(3) Graphique 2 EL — Taux de continuation, dans la population adulte, de certaines substances tiré de récentes enquêtes européennes auprès de la population (version en ligne).

(4) Graphique 3 EL — Différences dans l'usage de drogues (utilisation récente, douze derniers mois) entre les sexes, tirées d'enquêtes de pays européens sur la population en général (version en ligne).

(5) Source: Samhsa, Office of Applied Studies, *National Household Survey on Drug Abuse, 1999 and 2000* (enquête nationale auprès des ménages sur l'abus de drogues, 1999 et 2000) (<http://www.samhsa.gov/oas/oas.html>). Il convient de noter que la tranche d'âge (12 ans et au-delà) est plus large que celle utilisée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15-64 ans).

Situation de la drogue

Graph. 2



Suède, de 1 à 2 %). La consommation récente d'amphétamines concerne entre 0,5 et 6 % des jeunes adultes, la cocaïne, entre 0,5 et 3,5 %, et l'ecstasy, entre 0,5 et 5 % ⁽⁶⁾.

Outre les différences réelles de consommation de drogues, plusieurs facteurs peuvent contribuer aux différences de chiffres entre les pays. Les chiffres nationaux peuvent être en partie expliqués par des facteurs générationnels, notamment par des modes de vie convergents entre les hommes et les femmes. Les proportions de population urbaine dans chaque pays pourraient être en partie liées à certaines données nationales. Une analyse comparative ainsi qu'une formulation et une évaluation des politiques devraient tenir compte de facteurs tels que des groupes d'âge précis, du sexe et de l'urbanisation ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Tendances de la consommation de drogues parmi la population en général

Il est difficile de définir des tendances précises s'appliquant à l'ensemble de l'UE, en raison de sources d'information limitées (peu de séries cohérentes) et de disparités en termes de contexte et de développement socioculturels entre les pays. Les tendances de la consommation au cours de la vie devraient être analysées avec prudence car il s'agit d'une mesure cumulative qui ne décroîtra pas pendant longtemps, même si la consommation actuelle de drogues enregistre une tendance à la baisse.

Selon les enquêtes au niveau de la population nationale et locale, les enquêtes menées auprès des personnes appelées et en milieu scolaire, presque tous les pays de l'UE font état d'une nette augmentation de la consommation de cannabis dans les années 90, en particulier parmi les jeunes gens. En même temps, on peut supposer une tendance à la convergence concernant la consommation de cannabis, avec un nombre significatif de pays rapportant des taux variant de 20 à 25 % concernant la consommation au cours de la vie et de 5 à 10 % concernant la consommation récente.

Ces dernières années, la consommation de cannabis semble se stabiliser, voire baisser, dans certains pays (Finlande, Irlande, Norvège et Pays-Bas) parmi les jeunes gens, les appelés ou les lycéens. La consommation continue néanmoins à augmenter dans les autres pays.

Les tendances au niveau européen concernant les autres substances (par exemple, la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines) sont plus difficiles à cerner, d'où la nécessité de maintenir des séries d'enquêtes cohérentes avec des échantillonnages adéquats.

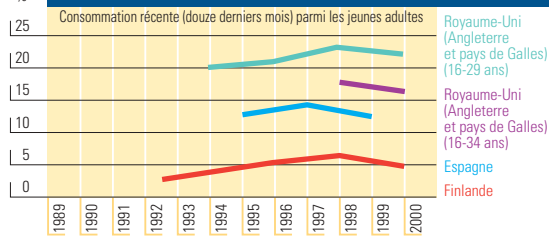
L'augmentation possible de la consommation de cannabis dans l'UE est de plus en plus préoccupante, en raison de l'augmentation des problèmes de consommation de cocaïne dans certains pays. La hausse de la consommation récente de cocaïne semble constante parmi les jeunes gens au Royaume-Uni et, probablement dans une moindre mesure, au Danemark, en Allemagne et en Grèce. L'Espagne la France et la Finlande ne font pas état d'une augmentation parmi les jeunes adultes, même si en Espagne les chiffres sont plus élevés, et on a observé une augmentation constante de la consommation parmi les étudiants.

⁽⁶⁾ Graphique 4 EL — Consommation récente (douze derniers mois) d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne parmi les jeunes adultes de pays européens, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale (version en ligne).

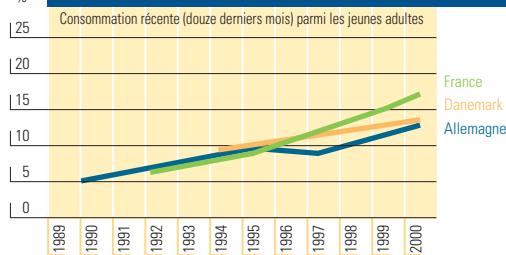
⁽⁷⁾ Graphique 5 EL — De quel angle de vue considérer les différents chiffres concernant la consommation de drogues entre pays — Un exemple impliquant le Danemark et la France (version en ligne).

⁽⁸⁾ Graphique 6 EL — Consommation récente de cannabis et de cocaïne (douze derniers mois) par tranche d'âge dans certains pays européens, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population (version en ligne).

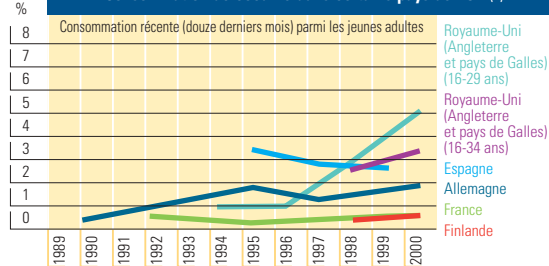
Graph. 3A Stabilisation récente de la consommation de cannabis dans certains pays de l'UE



Graph. 3B La consommation de cannabis est en constante hausse dans certains pays de l'UE



Graph. 3C Consommation de cocaïne dans certains pays de l'UE (*)



(*) Les chiffres concernant le Danemark et la Grèce ne figurent pas sur le graphique mais sont en augmentation.

NB: Ces données proviennent des enquêtes nationales disponibles dans chaque pays. Pour les jeunes adultes, l'OEDT utilise la tranche d'âge entre 15 et 34 ans (le Danemark et le Royaume-Uni, à partir de 16 ans, l'Allemagne et l'Irlande, à partir de 18 ans, la France en 1992 entre 25 et 34 ans et en 1995 entre 18 et 39 ans).

Sources: Rapports nationaux Reitox, 2001, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau épidémiologique standard «Prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation de drogues récente mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population dans certains pays de l'UE» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

Voir les tableaux statistiques en rapport avec ce chapitre sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

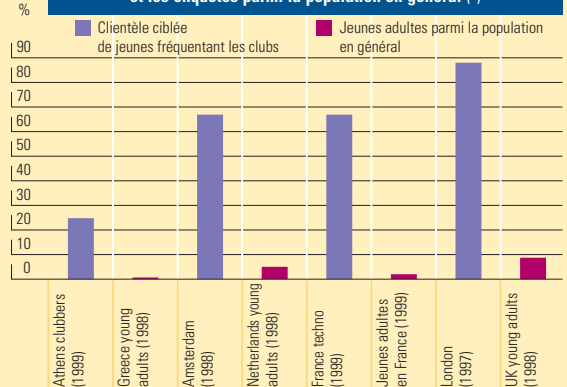
- Prévalence au cours de la vie (LTP) de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans certains pays de l'UE
- Prévalence sur les douze derniers mois (LYP) de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans certains pays de l'UE
- Enquêtes scolaires: prévalence au cours de la vie parmi les étudiants âgés de 15 à 16 ans

Consommation de drogues parmi les jeunes gens

Seuls cinq États membres ont mis à disposition des données issues d'enquêtes scolaires en 2000 auprès de lycéens âgés de 15 à 16 ans. La Suède fait état d'une augmentation de la consommation de cannabis, et, en Italie, la consommation de cannabis, d'ecstasy et de cocaïne a augmenté. Les trois autres États membres ont des taux de prévalence stables ou en baisse de la consommation de drogues concernant ce groupe d'âge.

Certains États membres mènent des enquêtes auprès de jeunes gens en dehors de la tranche d'âge 15-16 ans et en dehors du milieu scolaire. Ces enquêtes scolaires, toutes tranches d'âge confondues, montrent que la prévalence au cours de la vie de la consommation de drogues augmente considérablement avec l'âge, bien que le niveau d'augmentation varie selon les pays. Par rapport aux enquêtes parmi la population en général, les jeunes gens fréquentant les clubs et les discothèques affichent une prévalence moyenne beaucoup plus élevée concernant l'usage récréatif de drogues, notamment de l'ecstasy (voir graphique 4, qui devrait être interprété avec prudence car les enquêtes ciblées ne sont pas strictement comparables).

Graph. 4 Différences de prévalence au cours de la vie de consommation d'ecstasy entre les enquêtes ciblées et les enquêtes parmi la population en général (*)



(*) Dans l'enquête ciblée: n = tranche 100-986.
Sources: Athènes: Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossman, P., van de Wijngaert, G., et Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea et Commission européenne, Valence.
Amsterdam: Korf, D. J., Nabben, T., Lettink, D., et Bouma, H. (1999), *Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*, Jellinek, Amsterdam.
France: Médecins du Monde (1999), mission «Techno Rave Parties».
Londres: Release (1997), «Release drugs and dance survey: an insight into the culture» (étude sur les drogues et les danses récréatives: un aperçu de la culture), Release, Londres.

Consommation problématique de drogues

La «consommation problématique de drogues» est définie comme étant «la toxicomanie par voie d'injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines» ⁽⁹⁾.

D'une manière générale, les niveaux de consommation problématique de drogues semblent stables, même s'il n'est pas encore possible de calculer de manière fiable les tendances de prévalence de la consommation problématique de drogues dans la plupart des pays, compte tenu des méthodes d'évaluation actuelles, de la qualité des données et de leur disponibilité.

Cependant, certains pays rapportent des données en termes d'estimations et/ou d'indicateurs reflétant une augmentation de la consommation problématique de drogues depuis 1996. Les chiffres concernant la Belgique et la Norvège (données disponibles uniquement pour les usagers par injection), l'Allemagne, l'Italie, le Luxembourg, la Suède et le Royaume-Uni semblent augmenter au niveau national, alors que dans d'autres pays on note des hausses au niveau local ou régional ⁽¹⁰⁾.

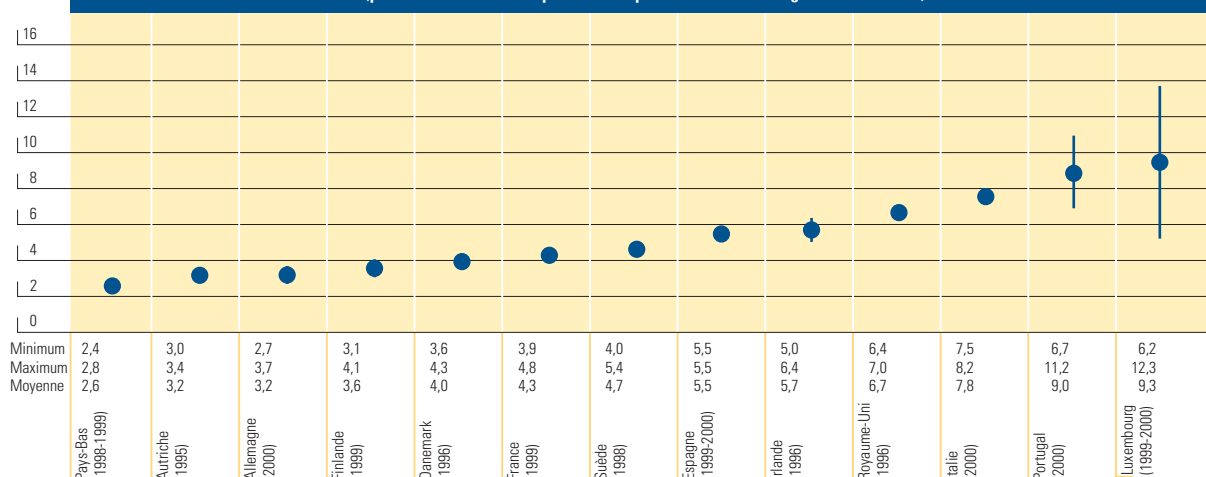
Les estimations de consommation problématique de drogues se situent toutes entre deux et neuf cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans (en retenant le point

médian des estimations). L'Italie, le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni enregistrent les chiffres les plus élevés, soit entre six et neuf usagers à problème pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. C'est en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche que les chiffres sont les moins élevés, avec environ trois usagers à problème pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. La Belgique, la Grèce et la Norvège ne disposent pas de données (voir graphique 5).

En Finlande et en Suède, la majorité des usagers à problème sont des consommateurs primaires d'amphétamines (70 à 80 % en Finlande, en 1997, selon les estimations). La situation est très différente dans les autres pays où les usagers à problème sont la plupart du temps des consommateurs primaires d'opiacés (et souvent polytoxicomanes).

Cette année, des estimations séparées ont été effectuées concernant la consommation par injection, une sous-catégorie de l'ensemble de la consommation problématique de drogues. Une meilleure qualité des estimations basées sur des données sur la mortalité et le VIH permet une présentation séparée de la consommation problématique de drogues. Les estimations de la consommation par injection se situent en général entre deux et cinq cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, mais les données ne sont pas disponibles pour six des États membres. Le Luxembourg enregistre des estimations plus élevées, soit presque sept cas pour 1 000 habitants. Les estimations de consommation par injection montrent la popu-

Graph. 5 Estimations de consommation problématique de drogues dans différents États membres de l'UE (prévalence sur un an la plus récente pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



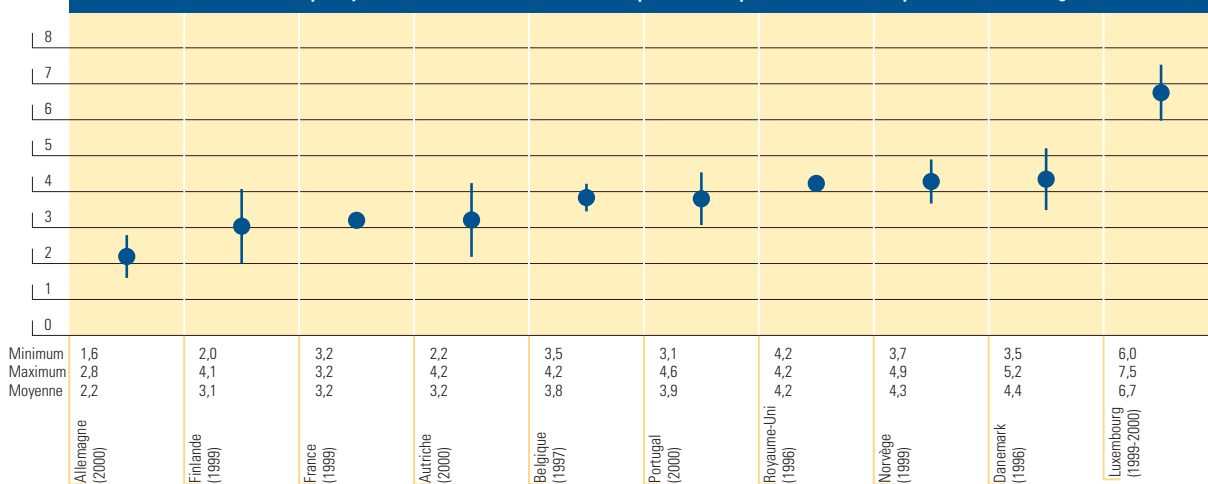
NB: Le point désigne l'estimation centrale et la ligne désigne la fourchette d'incertitude de l'intervalle de confiance de 95 %. Plus la ligne est longue, moins l'estimation de prévalence est certaine (non disponible pour l'Espagne). Les estimations pour la Suède comprennent les consommateurs problématiques de cannabis (qui sont estimés à 8 % de l'échantillon total).

Sources: Points focaux nationaux dans le cadre du projet de l'OEDT, «State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States» (état actuel en ce qui concerne les estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE) (CT.00.RTX.Z3), OEDT, Lisbonne, 2002. Coordonné par l'Institut für Therapieforchung, Munich.

⁽⁹⁾ Une définition plus détaillée ainsi que les méthodologies utilisées pour évaluer la consommation problématique de drogues sont fournies sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁰⁾ Les tendances et les modèles par pays sont présentés en ligne (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

Graph. 6 Estimations de consommation par injection dans les États membres de l'UE (prévalence la plus récente sur un an pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: Le point désigne l'estimation centrale et la ligne désigne la fourchette de l'estimation ou, si disponible, l'intervalle de confiance de 95 %. Plus la ligne est longue, moins l'estimation de prévalence est certaine (non disponible pour la France et le Royaume-Uni).
Sources: Points focaux nationaux dans le cadre du projet de l'OEDT, «State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States» (état actuel en ce qui concerne les estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE) (CT.00.RTX.23), OEDT, Lisbonne, 2002. Coordonné par l'Institut für Therapieforschung, Munich.

lation exposée à des risques de conséquences sérieuses pour la santé ou de décès liés à la drogue (voir graphique 6).

Voir les tableaux statistiques en rapport avec ce chapitre sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

- Estimations de prévalence de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE, 1995-2000
- Estimations du taux de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE, 1995-2000 (taux pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans)

Protocole pour l'indicateur de la demande de traitement (IDT)

Cette année, et pour la première fois, douze des quinze États membres ont fourni à l'OEDT des données sur des patients en traitement pour prise de drogues conformément au protocole IDT ⁽¹⁾. Ce dernier constitue une initiative conjointe OEDT-groupe Pompidou adoptée par les quinze États membres. Les informations recueillies couvrent entre autres: les types de traitement proposés; les substances consommées; les caractéristiques socio-démographiques des patients.

L'exercice de collecte des données de l'année 2000 a porté sur 1 702 unités de traitement à travers l'Europe et a fourni des informations sur 170 444 patients. Ces informations étaient basées sur les mêmes critères.

⁽¹⁾ Un rapport complet sur l'indicateur de la demande de traitement est disponible sur l'internet (http://www.emcdda.org.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

Demande de traitement

Les caractéristiques des patients entreprenant un traitement (telles que le profil social) et les comportements de consommation (notamment la proportion d'usagers de drogues par injection ou d'opiacés) constituent des indicateurs potentiels de tendances plus vastes dans la consommation problématique de drogues. Elles permettent aussi d'avoir un aperçu de l'organisation des centres de traitement en Europe. Des distorsions peuvent néanmoins apparaître en raison des différentes méthodes de collecte d'informations utilisées et des différences dans l'offre de services de traitement entre les pays.

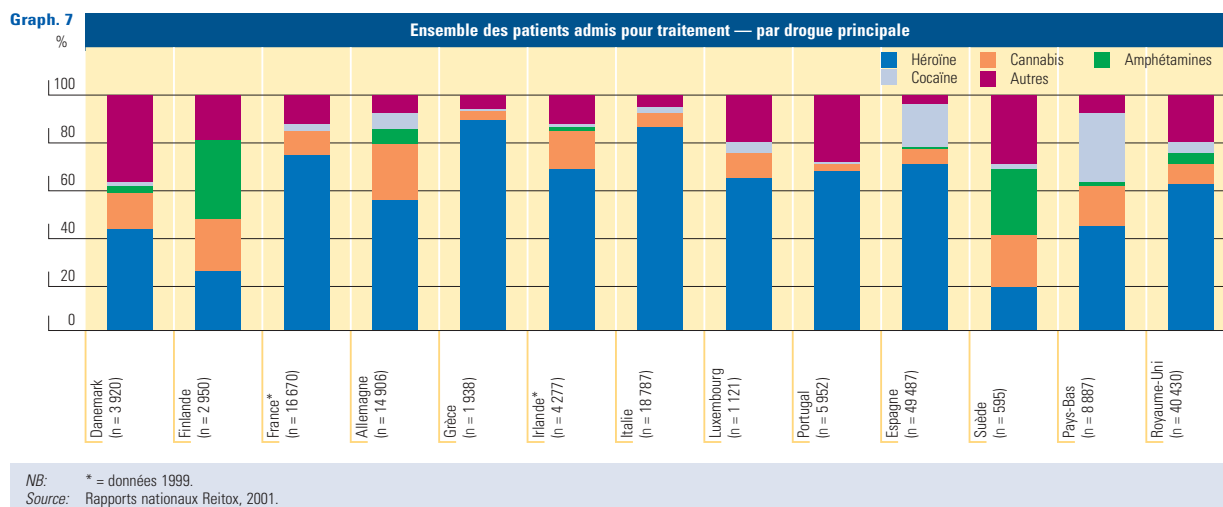
Substances

Malgré les différences qui existent entre les politiques de traitement et les pratiques d'enregistrement, on observe à travers l'Europe des tendances à la fois communes et divergentes.

En 2000, les pays mentionnent dans leurs rapports que le nombre global de patients en traitement pour toxicomanie a augmenté. Selon ces rapports, ce phénomène peut être attribué à deux facteurs principaux — une amélioration des méthodes de collecte de données (un nombre croissant de personnes traitées est mentionné) et une augmentation du nombre d'installations de traitement, notamment celles offrant des traitements de substitution. La création de nouveaux services spécialisés destinés à des groupes cibles spécifiques (mineurs par exemple) a peut-être également influencé cette augmentation.

Dans la plupart des pays, la majorité des patients sont admis en traitement pour consommation d'opiacés (en

Situation de la drogue



particulier d'héroïne). Cela pourrait en partie être dû au fait que bon nombre de services sont organisés autour des consommateurs d'opiacés. D'une manière générale, entre 50 et 70 % des patients en demande de traitement sont des consommateurs d'héroïne, mais ce taux est très variable selon les pays et se situe entre 89,6 % en Grèce et 19 % en Suède.

Le nombre de patients sous traitement pour consommation de cannabis comme drogue illicite principale varie entre 2,5 % pour le Portugal et 24 % pour l'Allemagne. La consommation de cannabis est souvent associée à celle d'autres substances (voir la question particulière sur la polytoxicomanie dans le chapitre 3).

L'Espagne (18 %) et les Pays-Bas (29 %) restent les pays affichant les taux les plus élevés de patients admis en traitement pour usage de cocaïne comme drogue principale. Les taux dans les autres pays sont moins élevés, de 6 % en Allemagne à 0,8 % en Grèce.

L'écart le plus important entre les pays est clairement démontré concernant les amphétamines, les taux les plus élevés étant relevés en Finlande (33 %) et en Suède (29 %). Les taux au Danemark, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni varient entre 7 et 2 % et se situent aux environs de 0 % dans d'autres pays (graphique 7).

Les données relatives au traitement reflètent clairement une augmentation de la polytoxicomanie.

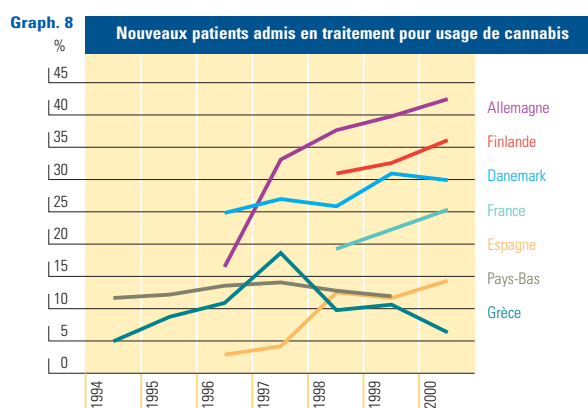
Tendances

Le nombre de nouveaux patients admis en traitement pour héroïnomanie est stable ou en diminution. Cela peut s'expliquer en partie par: l'augmentation proportionnelle de consommateurs d'autres drogues; la fin de l'épidémie d'héroïne visible à la fin des années 80 et au

début des années 90 (les patients ayant commencé durant cette période ont déjà demandé un traitement, en général au bout de cinq ans de consommation); une tendance parallèle des données sur la prévalence; la création de nouveaux services ciblant d'autres profils de consommation.

Le nombre d'admissions en traitement pour usage de cannabis est en hausse dans certains pays. L'Allemagne fait état de la plus forte augmentation de patients admis pour usage de cannabis et demandant un traitement pour la première fois, avec un taux qui est passé de 16,7 % en 1996 à 42,6 % en 2000 (bien qu'il soit important de noter que ces données ne concernent que les unités ambulatoires). Le Danemark vient en seconde position avec des taux qui sont passés de 25 % en 1996 à 30 % en 2000. Des tendances similaires sont visibles dans d'autres pays mais dans une moindre mesure (graphique 8).

Cette tendance à la hausse est confirmée par les données concernant l'ensemble des patients admis en traitement



Source: Rapports nationaux Reitox, 2001.

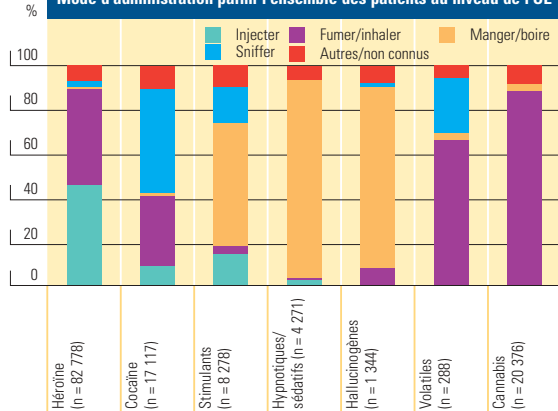
au fil des ans, avec une consommation relativement stable dans les pays. Par ailleurs, la hausse de la consommation de cannabis en tant que drogue secondaire parallèlement à une autre substance principale est particulièrement manifeste chez des patients consommant des opiacés en tant que substance principale. Cette augmentation ne s'explique pas par une raison unique et précise, mais elle est entre autres due en partie à une hausse de la prévalence de la consommation de cannabis, une augmentation du nombre de cas rapportés par le système judiciaire et une augmentation du nombre d'adolescents présentant des problèmes sociaux ou psychologiques.

L'augmentation des traitements pour cocaïne en 1999 semble s'être stabilisée en 2000, notamment dans les pays qui ont connu la plus forte hausse l'année dernière (les Pays-Bas et l'Espagne), mais cette tendance apparente devrait être contrôlée au cours des années à venir. D'après les rapports existants, la consommation de cocaïne est devenue au fil des dernières années un problème majeur en Europe et la cocaïne joue un rôle important en tant que drogue secondaire associée à l'héroïne et à l'alcool. Cependant, la plupart des pays relèvent que les personnes en demande de traitement représentent seulement un faible pourcentage des consommateurs de cocaïne.

Modes d'administration

Les trois modes d'administration des drogues primaires le plus souvent mentionnées dans les rapports sont: l'injection pour l'héroïne (45,9 % parmi les premiers traitements), la consommation en sniffant pour la cocaïne (47,1 %) et la consommation par voie orale (manger/boire) pour les stimulants (56,4 %) (graphique 9).

Graph. 9 Mode d'administration parmi l'ensemble des patients au niveau de l'UE



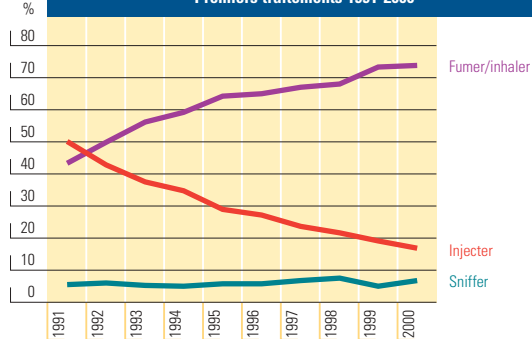
NB: Données non disponibles pour la France, l'Irlande, l'Autriche et le Portugal.
Sources: Rapports nationaux Reitox, 2001. Données IDT 2000 provenant des centres de soins en ambulatoire.

La proportion d'usagers d'héroïne par injection est très variable selon les pays, de 13 % aux Pays-Bas à 73,8 % en Grèce. Bien que la diminution globale du nombre d'héroïnomanes par injection soit assez commune, on observe une tendance contraire dans certains pays (par exemple, en Finlande, où les chiffres sont passés de 61,1 à 68,7 %). Il convient de noter en particulier (graphique 10) la rapide diminution de la pratique de l'injection en Espagne de 1991 à 2000. En ce qui concerne le marché, trois principaux facteurs influencent le mode d'administration: la disponibilité relative d'héroïne à fumer (forme de base) ou à injecter (chlorhydrate), le prix de l'héroïne (les tarifs élevés contribuent à une augmentation des injections) et le degré de pureté de l'héroïne (plus la pureté est faible, plus le niveau d'injections augmente).

Caractéristiques sociales

Les patients qui entreprennent un traitement sont généralement des hommes âgés de 20 à 30 ans. La moyenne d'âge est de 29 ans et de 27 ans pour ceux qui se soumettent à un traitement pour la première fois. Les patients les plus jeunes sont relevés en Irlande et en Finlande et les plus âgés en Grèce et aux Pays-Bas ⁽¹¹⁾. La ventilation par âge parmi la population en général est différente de celle parmi les patients; en d'autres termes, les pays où la population est la plus âgée (ou la plus jeune) ne correspondent pas nécessairement aux pays où les patients en traitement sont les plus âgés (ou les plus jeunes), sauf dans les cas de l'Irlande et de la Grèce, où l'âge respectivement bas et avancé des patients en traitement reflète la situation démographique ⁽¹²⁾. La ventilation par âge parmi les patients en demande de traitement semble en effet liée au type de substances consommées — en général, les

Graph. 10 Mode d'administration de l'héroïne en Espagne — Premiers traitements 1991-2000



Sources: Álvarez Requejo, A., «IDT en Espagne: evolución des admisiones pour héroïnomanie», présentation à un séminaire, *Plan Nacional de Droga*, commissaire régional pour les drogues, Junta de Castilla y León, Valladolid.

(11) Graphique 7 EL — Moyenne d'âge des patients en traitement (version en ligne).

(12) Les données fournies par Eurostat (1999) ont été utilisées comme base de référence pour l'analyse.

Situation de la drogue

consommateurs de cannabis sont plus jeunes, alors que ceux d'héroïne et de cocaïne sont plus âgés. Par exemple, les patients les plus jeunes sont relevés en Belgique, où les taux de consommation de cannabis sont les plus élevés, tandis que les patients les plus âgés sont relevés en Grèce et aux Pays-Bas, où la consommation d'héroïne et de cocaïne est élevée.

La ventilation par sexe varie d'un rapport hommes/femmes de 2/1 à celui de 6/1. Il existe des similitudes communes aux pays du Sud, où les hommes représentent un pourcentage plus élevé, et aux pays nordiques, où le pourcentage d'hommes est plus faible. Les raisons de cette ventilation semblent être dues à des modèles de consommation de drogues différents parmi les hommes et les femmes, mais il se pourrait qu'elle soit également due à une différente approche par rapport aux services. Les femmes demandent généralement moins de traitements; certaines études basées sur la comparaison entre la ventilation par sexe au niveau des données de prévalence et celle au niveau des données de traitement montrent a contrario qu'une proportion plus élevée de femmes consommant des drogues demande un traitement.

Les conditions sociales des patients semblent se dégrader par rapport à la population en général. Il existe, par exemple, des taux de chômage jusqu'à 50 à 55 %, également dans des pays où le taux de chômage parmi la population en général de la même tranche d'âge est inférieur à 5 %, comme au Danemark, par exemple⁽¹³⁾. Un faible niveau d'éducation est également apparent: 13,2 % d'entre eux n'ont pas terminé l'école primaire et 65,8 % ne sont pas allés plus loin que l'école primaire⁽¹⁴⁾.

Concernant la nationalité, les caractéristiques reflètent la structure de la population en général: les patients sont principalement des ressortissants du pays où ils demandent un traitement et le pourcentage de ressortissants d'autres pays (européens et non européens) est cohérent avec la proportion d'étrangers dans la population en général⁽¹⁵⁾.

Voir les tableaux statistiques en rapport avec ce chapitre (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

- Quelques caractéristiques des personnes traitées pour toxicomanie dans l'UE
- Quelques caractéristiques des personnes traitées pour la première fois pour toxicomanie dans l'UE
- Quelques caractéristiques des femmes traitées pour toxicomanie dans l'UE
- Quelques caractéristiques des hommes traités pour toxicomanie dans l'UE

Maladies infectieuses liées à la drogue⁽¹⁶⁾

Prévalence et tendances du VIH et du sida

Les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues par voie d'injection représentent les coûts de soins de santé les plus élevés concernant tous les types de consommation de drogues illicites. La prévention de ces maladies peut être assurée par la diffusion d'informations, la distribution de matériel d'injection propre aux usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) et par la vaccination contre le virus de l'hépatite B. C'est pour cette raison et parce que la prévalence des maladies infectieuses est souvent très élevée chez les UDVI que les politiques de prévention des maladies infectieuses chez les UDVI sont les plus rentables dans le domaine des drogues.

Ce n'est que depuis récemment que l'OEDT collecte systématiquement des données sur le VIH, les hépatites B et C parmi les UDVI. Les données de prévalence sous forme agrégée (taux globaux et par sous-groupes) sont recueillies sur des lieux courants (centres de traitement des toxicomanies, centres d'échange de seringues, prisons, etc.) et d'études spécifiques⁽¹⁷⁾. Même si les données recueillies à ce jour sont toujours difficiles à comparer, elles donnent un aperçu global des différences entre les pays ou les régions et les lieux, entre autres. L'objectif à plus long terme est d'améliorer la qualité et la comparabilité des sources régulières existantes et d'élaborer de véritables études de séroprévalence vraiment comparables aux niveaux local et européen parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse.

⁽¹³⁾ Graphique 8 EL — Emplois dans certains pays (version en ligne).

⁽¹⁴⁾ Graphique 9 EL — Niveau d'études dans certains pays (version en ligne).

⁽¹⁵⁾ Graphique 10 EL — Pourcentage de non-ressortissants d'un pays parmi les clients demandant un traitement pour la première fois (version en ligne).

⁽¹⁶⁾ Pour plus de détails sur ce thème, voir le *Rapport annuel 2001*, chapitre 3 (questions particulières — maladies infectieuses liées à la drogue) sur l'internet (<http://ar2001.emcdda.eu.int>).

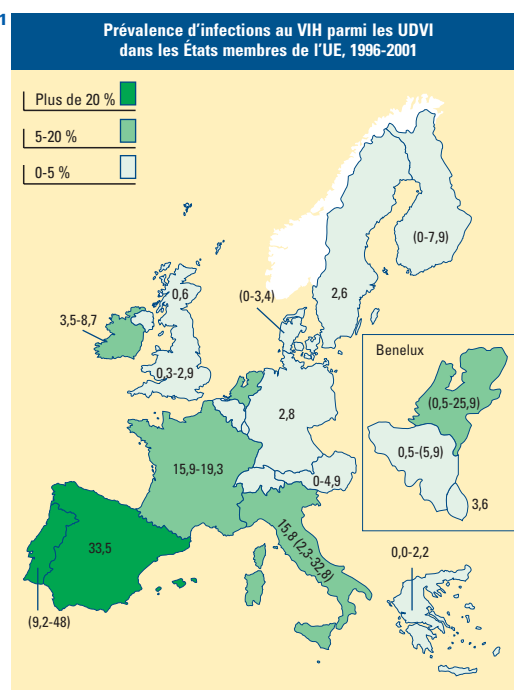
⁽¹⁷⁾ Des informations plus détaillées sur la méthodologie et les directives sur la collecte des données figurent sur l'internet (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml).

Les données disponibles montrent des différences importantes de prévalence du VIH chez les UDVI entre les pays et au sein même des pays. Les niveaux d'infection selon les différentes sources varient sensiblement entre environ 1 % au Royaume-Uni (enquêtes et dépistages anonymes indépendants) et 34 % en Espagne (tests complémentaires réguliers pendant le traitement), mais sont généralement stables ⁽¹⁸⁾. La situation globale n'a pas évolué ces dernières années (graphique 11).

Certaines régions font encore état de taux de prévalence du VIH très élevés entre 1996 et 2001. Même si dans la plupart des cas cela reflète les anciennes épidémies, il est particulièrement important de déployer des efforts de prévention notamment afin de prévenir la transmission aux nouveaux UDVI, aux partenaires sexuels des UDVI et de la mère à l'enfant. La prévalence était supérieure à 25 % parmi les UDVI testés régulièrement pendant le traitement dans les régions italiennes (Émilie-Romagne, Lombardie et Sardaigne), en France (UDVI âgés de plus de 34 ans), au Portugal (Lisbonne et Porto) et en Espagne. Les études concernant à la fois les UDVI sous traitement et ceux en dehors des centres de traitement (ces derniers étant plus représentatifs) ont indiqué également une prévalence de plus de 25 % à Lisbonne (Portugal), à Barcelone, à Madrid, à Séville (Espagne, 1995), à Amsterdam (Pays-Bas) et à Dundee (Écosse, 1995).

Les tendances de la prévalence du VIH au fil du temps sont importantes en matière d'élaboration des politiques et d'évaluation. Davantage de mesures sont nécessaires dans les régions où les tendances sont à la hausse et suffisent peut-être dans les régions où les tendances sont à la baisse. Cependant, dans les régions enregistrant une tendance à la baisse, de nouvelles infections peuvent encore se déclarer. Ces dernières années, des augmentations du nombre de transmissions du VIH chez les UDVI (sous-groupes) ont été relevées dans des régions ou des villes en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, au Portugal et en Finlande ⁽¹⁹⁾. Les données italiennes montrent qu'une moyenne nationale est peu utile aux politiques et des ventilations par régions ou villes plus petites sont très importantes en matière d'évaluation du succès des mesures de prévention (voir graphique 12). Cependant, très peu de pays sont en mesure de fournir des données nationales ventilées par région. Des diminutions de prévalence du VIH ont été relevées parmi les UDVI en traitement dans les régions d'Italie telles que le Latium, les Marches et l'Ombrie, ainsi que parmi les personnes par-

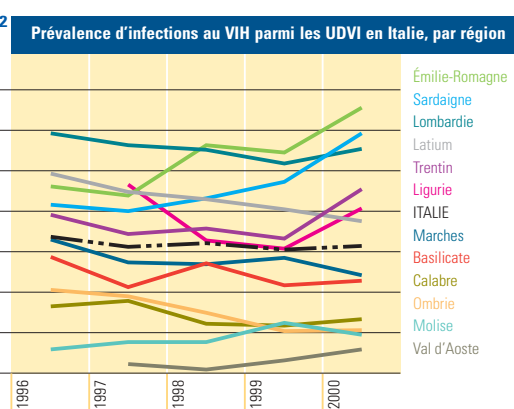
Graph. 11



NB: Les données entre parenthèses sont locales. Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différentes méthodes ont été utilisées et, dans certains cas, il s'agit de données locales. La couleur employée pour désigner un pays se réfère au point central de la fourchette de la prévalence selon les différentes sources de données. Les données concernant l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie sont limitées à la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI en traitement et peuvent ne pas être représentatives de la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI qui ne subissent pas un traitement. Le chiffre élevé correspondant au Portugal se rapporte à une étude faite dans une zone très problématique de Lisbonne.

Sources: Points focaux nationaux. Pour les sources primaires, voir le résumé et les tableaux complets intitulés «Prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2001» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

Graph. 12



NB: Les régions présentant des tendances stables ou basses ont été omises. Nombre total d'échantillons: 70 000 par an. Pour plus de détails, voir les tableaux «Prévalence d'infections au VIH (% d'infectés) parmi les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2001» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

Source: Rivelazione Attività nel Settore Tossicodipendenze — Anno 2000, Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'Abuso e AIDS.

⁽¹⁸⁾ Pour des informations plus détaillées sur ces données et sur les sources originales, voir les tableaux statistiques complémentaires sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁹⁾ Pour des informations plus détaillées, voir l'encadré EL «Augmentations de la transmission du VIH parmi les UDVI dans certains pays de l'UE» (version en ligne).

Situation de la drogue

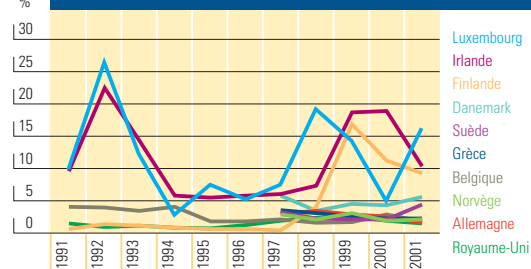
ticipant à des programmes d'échange de seringues à Helsinki (Finlande) en 2000 (à la suite de la forte augmentation de 1998 à 1999). Afin de suivre les tendances au fil des années, les données sur la prévalence sont complétées par des notifications de nouveaux cas diagnostiqués. Bien qu'elles ne soient pas encore disponibles pour les pays les plus touchés et qu'elles dépendent encore largement des modèles de dépistage, les données sur la notification ont permis d'identifier les nouvelles augmentations de la transmission en Finlande (voir graphique 13).

La prévalence parmi les jeunes UDVI peut refléter davantage l'efficacité des mesures de prévention car, en moyenne, ils auront été infectés plus récemment que l'ensemble du groupe. La prévalence parmi les UDVI âgés de moins de 25 ans dans les pays où une ventilation par âge était disponible était la plus haute en Espagne (le traitement des toxicomanies est passé de 20 % en 1996 à 13 % en 2000), en France (le traitement des toxicomanies est passé de 6 % en 1997 à 3 % en 1999, mais 8 % des personnes participaient à des programmes d'échange de seringues en 1998), en Italie (concernant le traitement des toxicomanies, 8 % en 1998) et parmi les UDVI en traitement au Portugal: Coimbra (7 % en 1999-2000), Lisbonne (6-11 % en 1998-2000), Porto (57 % en 1997).

Certains pays disposent de données sur la prévalence du VIH chez les nouveaux UDVI, ce qui constitue un meilleur indicateur concernant les infections au VIH récentes (incidence du VIH) et donc une preuve plus évidente de l'efficacité des mesures de prévention. Chez les nouveaux UDVI, le taux d'exposition par 100 personnes-années d'exposition peut varier de 0 % en Angleterre et au pays de Galles (prévalence 0/122 en 1998) à 3,9 % parmi la Communauté flamande de Belgique (3/77 en 1998-1999), à 9,4 % à Coimbra, au Portugal (12/127 en 1999-2000), à 10 % en France (11/111, statut sérologique rapporté spontanément parmi les participants au programme d'échange de seringues en 1998) (graphique 13).

Les données sur le sida ne peuvent plus servir à suivre les tendances sur les infections au VIH en raison des nouveaux traitements du VIH qui retardent l'apparition du sida. Cependant, l'incidence du sida montre encore la charge sanitaire des nouveaux cas d'infections au VIH dans les différents pays. L'incidence du sida a baissé dans la plupart des pays depuis 1996 environ en raison des nouveaux traitements et probablement des taux d'infection plus bas dans les années 90. Au Portugal, le

Graph. 13 Infections au VIH récemment dépistées parmi les UDVI, par pays et par année, où le cas a été rapporté (nombre de cas rapportés par million d'habitants)



NB: Grèce et Luxembourg: données rétrospectives avant 1999. La tendance concernant le Luxembourg n'est pas stable en raison du nombre peu élevé.
Sources: 1991-1996: points focaux nationaux; 1997-2001: EuroHIV.
«Prévalence d'infections au VIH (% d'infectés) parmi les nouveaux UDVI dans l'UE, 1996-2001» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

nombre de cas de sida liés aux UDVI a continué à augmenter à la fin des années 90, reflétant une assimilation limitée du traitement du VIH et/ou un plus grand nombre de transmissions du VIH parmi les UDVI. L'augmentation enregistrée au Portugal s'est stabilisée depuis 1997, mais le pays connaît le taux d'incidence annuel de sida le plus fort parmi les UDVI dans l'UE ⁽²⁰⁾.

Prévalence et tendances du virus de l'hépatite C

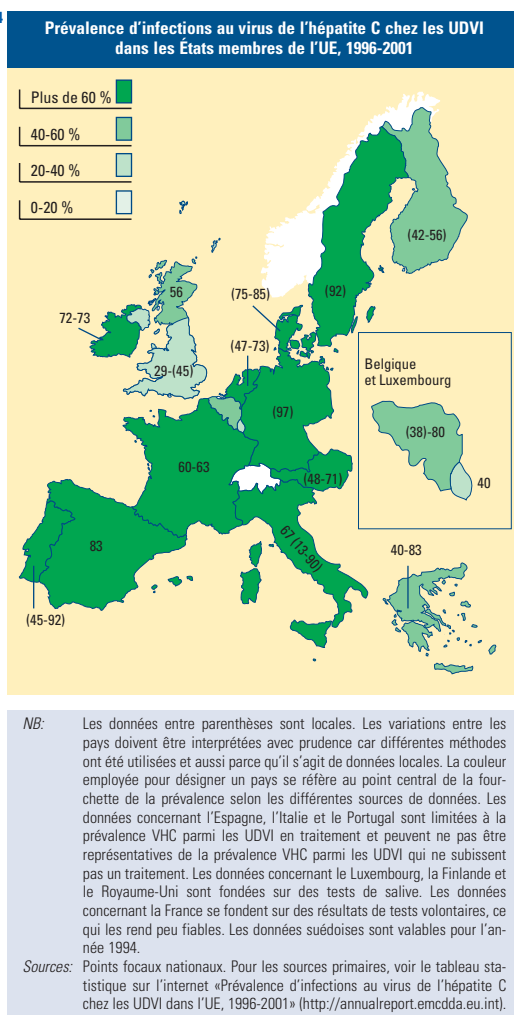
Les données sur la prévalence de l'infection au virus de l'hépatite C (VHC) sont plus rares, et, lorsqu'elles sont disponibles, elles sont soumises aux mêmes restrictions que les données sur le VIH. Toutefois, la situation globale est claire: la prévalence du VHC est extrêmement élevée dans tous les pays de l'UE, avec des taux d'infection allant de 40 à 90 % dans différents sous-groupes d'UDVI (graphique 14 à la page suivante).

Bien que les chiffres sur la prévalence indiquent des niveaux d'infection extrêmement élevés, les variations de prévalence sont encore importantes. Concernant le VIH, cela peut en partie refléter les différents mécanismes de sélection pratiqués par les différentes sources de données, et il convient de comparer les résultats avec prudence. Plusieurs pays n'ont pas rapporté de chiffres mis à jour. En 2000 et en 2001, des niveaux d'infection supérieurs à 75 % sont rapportés concernant Anvers, Belgique (80 % en traitement pour toxicomanie et services à bas seuil, 2001), le nord de la Grèce (83 % en traitement par la méthadone), des régions d'Italie (Piémont, Trentin, Frioul, Vénétie Julienne, Ligurie, Émilie-Romagne, Basilicate et Sardaigne) (traitement pour toxicomanie) et certaines villes plus petites du Portugal, en dehors de Lisbonne (traitement pour toxicomanie) ⁽²¹⁾.

⁽²⁰⁾ Graphique 11 EL — Incidence du sida lié aux UDVI dans les États membres (version en ligne).

⁽²¹⁾ Plus de détails sur les pays et les régions sont disponibles sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>) (version en ligne).

Graph. 14



Les tendances de la prévalence du VHC peuvent constituer un indicateur beaucoup plus sensible que les tendances du VIH sur les comportements d'injection à risque et permettent de mesurer l'efficacité des mesures de prévention. Le VHC est plus infectieux que le VIH et peut se transmettre plus facilement par les matériels d'injection autres que les seringues, tels que le coton, les cuillères, l'eau (mais beaucoup moins par voie sexuelle). Des tendances à la hausse de la prévalence du VHC sont enregistrées à Francfort (service d'urgence pour toxicomanes), dans le nord de la Grèce (traitement par la méthadone) et dans certaines régions d'Italie (traitement des toxicomanies: Piémont, Trentin, Émilie-Romagne, Marches, Basilicate et Sardaigne, hausses cohérentes avec les augmentations du VIH dans certaines de ces régions). Des baisses ont été relevées en Autriche (traitement des toxicomanies et services à bas seuil), à Lisbonne, Portugal (traitement des toxicomanies), à Helsinki, Finlande (échange d'aiguilles), à Londres, Royaume-Uni (traitement des toxicomanies), et dans d'autres régions d'Italie (Vénétie, Toscane, Ombrie, Abruzzes), ce qui montre une fois de plus l'utilité de surveiller la préva-

lence non seulement au niveau national, mais également selon la région, la ville ou d'autre zone plus petite.

Les données disponibles sur la prévalence chez les UDVI de moins de 25 ans montrent des niveaux d'infection au virus de l'hépatite C d'environ 20 % (en Belgique, Communauté flamande, traitement, 1997-1998) à plus de 74 % (au Portugal, traitement de Coimbra, 2000). La prévalence chez les jeunes UDVI semble diminuer en France (de 43 % en 1997 à 37 % en 1999), mais les données sont fondées sur des résultats de tests volontaires et peuvent ne pas être fiables.

La plupart des sources ne disposent pas encore de données sur la prévalence du VHC chez les nouveaux UDVI (depuis moins de deux ans). Les données disponibles indiquent en général des taux de prévalence de 40 % ou au-delà, ce qui suppose une prévalence extrêmement élevée chez les nouveaux UDVI. Cependant, on ne peut exclure que les infections chroniques sont surreprésentées, et donc la prévalence est surestimée dans les sources rapportant la prévalence selon des tests de dépistage réguliers (Coimbra, Portugal) ou fondée sur des résultats de tests volontaires (France). Selon les enquêtes menées dans les communautés locales en Angleterre et au pays de Galles, des taux aussi bas que 2 % sont enregistrés parmi les nouveaux UDVI en dehors de Londres. Cela suppose que l'incidence des nouvelles infections est très basse et probablement que les efforts de prévention du VHC en Angleterre et au pays de Galles sont efficaces (voir graphique 15).

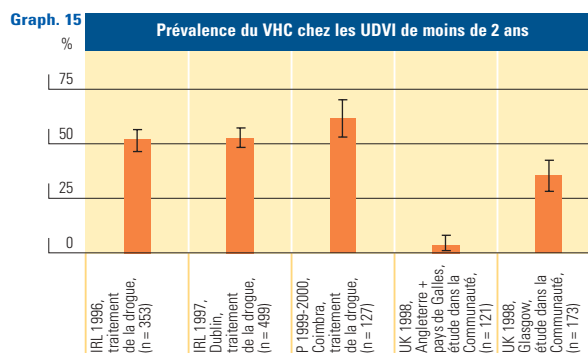
Prévalence et tendances du virus de l'hépatite B

La présence d'anticorps au virus de l'hépatite B (VHB) indique si un individu a déjà été infecté ou vacciné. La proportion d'individus ne présentant pas d'anticorps est donc très importante pour la politique de vaccination, à savoir le potentiel de vaccination chez les UDVI. La prévalence des anticorps au virus de l'hépatite B semble moins homogène dans l'UE que la prévalence au virus de l'hépatite C. Dans l'UE, entre 20 et 60 % des UDVI sont porteurs d'anticorps contre l'hépatite B, ce qui laisse penser qu'un grand nombre de personnes seraient vaccinées (40 à 80 %).

L'infection actuelle à l'hépatite B peut être une infection récente ou chronique et est décelée dans le sang par la présence d'un marqueur sérologique appelé «antigène HBs». Les niveaux de l'infection actuelle indiquent la possibilité de complications graves à long terme et de propagation dans le cas des comportements d'injection à risque ou de transmission sexuelle. La

Situation de la drogue

prévalence de l'infection actuelle au VHB n'est disponible que dans très peu de pays, mais elle semble très variable et est élevée dans certains cas. Dans le nord de la Grèce, les UDVI participant à des programmes de substitution à la méthadone ont connu une forte poussée de l'infection à l'hépatite B avant 1998, les taux étant particulièrement élevés en 1998, puis ils ont baissé considérablement entre 1998 et 1999. En Belgique, les données des UDVI en traitement montrent une augmentation constante de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B entre 1997 et 1999. Au Portugal, les données récentes font état d'une baisse de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B. En Norvège, les données issues des déclarations montrent une forte croissance des infections au virus de l'hépatite B (et au virus de l'hépatite A) chez les UDVI.



Sources: Points focaux nationaux. Pour les sources primaires, voir le tableau «Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI de moins de 2 ans, 1996-2001» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

Décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues

Le nombre de «décès liés à la drogue» est souvent utilisé dans les débats publics, dans les médias et dans les discussions sur les problèmes de drogues illicites. Ces décès sont une source de préoccupation sociale sérieuse et peuvent influencer l'élaboration et l'évaluation des politiques en matière de drogues.

Les statistiques nationales sur les «décès liés à la drogue» se réfèrent généralement aux décès directement liés à la consommation de drogues ou «surdose» (22). La définition utilisée dans l'indicateur clé de l'OEDT se réfère également à ces décès (23). Par ailleurs, les usagers à problème — notamment les usagers d'opiacés — connaissent un taux de mortalité élevé. Ce phénomène est dû à des surdoses, mais également au sida, à des accidents, à la violence, etc.

Impact et particularités des décès directement liés à la drogue

L'impact des décès directement liés à la drogue devient évident lorsque l'on considère que, chaque année, entre 7 000 et 8 000 décès sont rapportés par les pays de l'UE. La plupart des pays considèrent que le nombre de cas déclarés est sous-estimé, voire considérablement sous-estimé.

Les opiacés sont la principale drogue en cause dans la plupart des décès liés à des surdoses, bien que les concentrations relevées dans la toxicologie soient très

Pour plus de détails, voir les tableaux statistiques complémentaires en rapport avec ce chapitre disponibles sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

- Tableau récapitulatif de la prévalence de l'infection au VIH parmi les UDVI dans l'UE, 1996-2001
- Tableau récapitulatif de la prévalence de l'infection au VHC parmi les UDVI dans l'UE, 1996-2001
- Prévalence d'infections au VIH chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000
- Prévalence d'infections au VIH chez les UDVI âgés de moins de 25 ans dans les États membres de l'UE, 1996-2000
- Prévalence d'infections au VIH chez les nouveaux UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000
- Nombre de cas déclarés chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1991-2001
- Prévalence d'infections au VHC chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2001
- Prévalence d'infections au VHC chez les UDVI âgés de moins de 25 ans dans les États membres de l'UE, 1997-2000
- Prévalence d'infections au VHC chez les nouveaux UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000
- Prévalence d'infections actuelles au virus de l'hépatite B (antigène HBs) chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2001
- Prévalence des anticorps au VHB chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2001

(22) Encadré 1 EL — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l'UE, telles qu'utilisées dans le Rapport annuel de l'OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux (version en ligne).

(23) Encadré 2 EL — Décès liés à la drogue — définition de l'OEDT (version en ligne).

variables, avec souvent la présence d'autres substances qui peuvent dans certains cas conduire à la mort.

La plupart des décès liés aux surdoses touchent des jeunes hommes entre 20 et 30 ans consommant des opiacés depuis plusieurs années. La consommation par voie d'injection représente un facteur de risque aux surdoses majeur auquel les non-UDVI sont moins exposés. Comme chez les patients qui commencent un traitement, on note une tendance marquée au vieillissement chez les consommateurs d'opiacés décédés dans la plupart des pays, hormis en Finlande, et dans une moindre mesure au Royaume-Uni ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾.

Les informations disponibles suffisent à conclure qu'un nombre considérable de surdoses (mortelles et non mortelles) pourrait être évité. Tout d'abord, certains facteurs de risque de surdoses liées à la consommation d'opiacés sont connus: la consommation par voie d'injection par rapport aux autres modes d'administration, l'association d'autres dépresseurs, la consommation après une période d'abstinence (par exemple, après la sortie de prison ou après le traitement), l'injection de la drogue seule et probablement des changements inattendus du degré de pureté. Par ailleurs, d'autres toxicomanes sont souvent témoins des surdoses et, généralement, le décès n'est pas immédiat, ce qui laisse le temps pour une intervention médicale. Cependant, les témoins souvent ne savent pas comment réagir ou réagissent trop tard par manque d'informations ou par crainte de l'intervention de la police.

À l'heure actuelle, les décès dus exclusivement à la prise de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy sans opiacés semblent peu courants en Europe. Cependant, plusieurs pays (Espagne, France, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) ont enregistré des augmentations au niveau national ou local du nombre de cas de décès liés à la prise de cocaïne (généralement associée à d'autres substances). Par ailleurs, certains décès liés à la prise de cocaïne peuvent passer inaperçus en raison d'une présentation clinique différente telle que des problèmes cardio-vasculaires.

Les décès directement liés à la prise d'ecstasy sont peu courants, mais suscitent de sérieuses inquiétudes car ils surviennent de façon inattendue chez des personnes très jeunes, et parce que certains pourraient être évités grâce à de simples mesures telles qu'un système d'aération

correct et la présence d'eau dans les lieux de danse, ainsi qu'une éducation sanitaire.

La méthadone a été identifiée dans un certain nombre de décès, bien que plusieurs sources (par exemple d'Allemagne ou du Royaume-Uni) indiquent que les décès liés à la méthadone sont davantage liés à la prise de méthadone illicite que thérapeutique. Il convient de souligner que les recherches montrent que les programmes de substitution réduisent les risques de mortalité parmi les participants à ces programmes.

Tendances des décès directement liés à la drogue

Si l'on observe les tendances au sein des pays de l'UE sur une période à long terme (quinze à vingt ans), une nette augmentation des décès liés à la drogue apparaît entre le milieu des années 80 et le début des années 90. Cette augmentation s'est stabilisée ces dernières années dans l'ensemble de l'UE, entre 7 000 et 8 000 par an, avec toutefois des différences entre les tendances nationales (graphique 16 à la page suivante).

Il est préoccupant de voir que certains pays de l'UE rapportent récemment des tendances à la hausse après une période de stabilisation ou de tendance à la baisse. D'autres pays, tels que l'Australie ou les États-Unis, ont également fait état d'une augmentation du nombre de décès liés aux opiacés ces dernières années.

Ces tendances globales pourraient être liées à une propagation de l'usage d'héroïne par voie d'injection dans bon nombre de pays européens entre le milieu des années 80 et le début des années 90. Cette récente stabilisation pourrait être liée à la stabilisation de la prévalence de la consommation problématique de drogues dans certains pays, la diminution des pratiques à risque (l'injection) et probablement l'augmentation de la disponibilité des traitements — notamment des programmes de substitution.

L'absence de signe de tendance à la baisse au niveau de l'UE souligne que les dommages sanitaires liés à la drogue sont loin d'être résolus, qu'il est nécessaire d'approfondir les recherches sur les facteurs de risque et de définir de façon adéquate des mesures d'intervention ciblées.

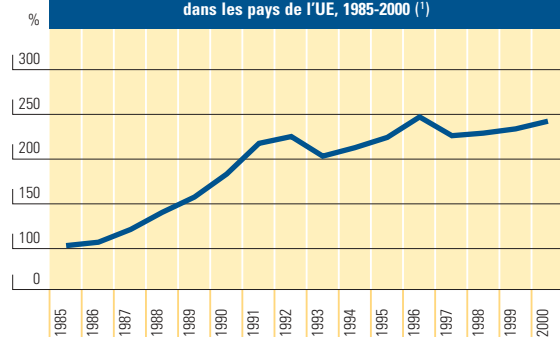
Il est important de souligner que, au sein de la tendance globale pour l'UE, des différences et parfois des divergences existent entre les tendances nationales.

⁽²⁴⁾ Tableau 1 EL — Résumé des caractéristiques des personnes dont le décès est directement lié à la drogue dans l'UE (version en ligne).

⁽²⁵⁾ Graphique 12 EL — Évolution du pourcentage de personnes de plus de 35 ans parmi les décès liés à la drogue dans certains pays de l'UE (version en ligne).

Situation de la drogue

Graph. 16 Tendances historiques des décès directement liés à la drogue dans les pays de l'UE, 1985-2000 (*)



(*) Graphique 13 EL — Tendances historiques des décès directement liés à la drogue dans les pays de l'UE, 1985-2000 (version en ligne).

NB: Index: 1985 = 100 %. Tous les pays n'ont pas fourni des données pour toutes les années, mais il a été tenu compte de cette situation dans l'analyse. Le rapport de projet de l'OECD (CT.99.RTX.04) est coordonné par le Trimbo Institut.

Sources: Rapports nationaux Reitox, 2001, extraits des registres nationaux de mortalité ou de registres spéciaux (de médecine légale ou de police). Fondés sur les définitions telles que présentées dans l'encadré 1 EL — définitions des décès directement liés à la drogue.

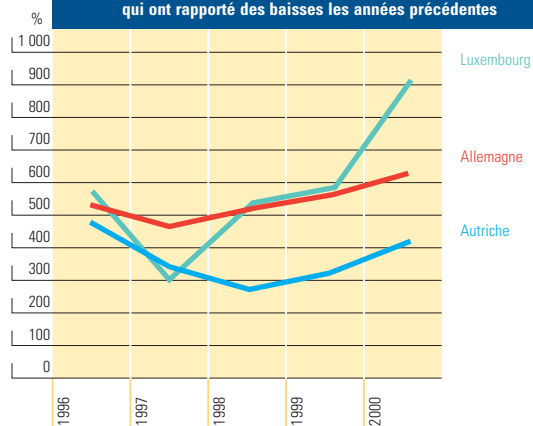
Plusieurs pays ont connu une tendance à la baisse depuis le milieu des années 90 (Allemagne, Espagne, France, Italie, Luxembourg et Autriche), sans doute pour les raisons évoquées ci-dessus. Dans certains d'entre eux (Espagne, France et Italie), cette baisse ou cette stabilisation s'est poursuivie ces dernières années. Cependant, il est inquiétant de voir que dans d'autres pays le nombre de décès rapportés a augmenté ces dernières années (Allemagne, Luxembourg et Autriche) (graphique 17). La tendance au vieillissement des usagers à problème et l'augmentation de la polytoxicomanie sont considérées comme des facteurs potentiels.

Certains pays ont rapporté une tendance à la hausse importante depuis le milieu des années 90 (par exemple, la Grèce, l'Irlande, la Norvège et le Portugal). En Irlande (1999) et au Portugal, cette tendance a été freinée. La Finlande présente une tendance à la baisse ces dernières années, avec une augmentation du nombre de décès de jeunes gens. Ces augmentations sont probablement liées à une propagation tardive de l'usage d'héroïne dans ces pays, bien que l'amélioration dans le système d'établissement de rapport ait sans doute joué un rôle dans certains cas.

Au Royaume-Uni, la tendance à la hausse des décès liés à la drogue est modérée mais stable. Leur définition nationale inclut les décès liés à la pharmacodépendance, mais si l'on considère indépendamment les décès liés à l'héroïne-morphine, on observe une tendance à la hausse plus marquée.

Dans d'autres pays, la tendance est moins claire, ou les changements sont difficiles à interpréter en raison de changements apportés à la classification internationale des maladies (de la 9^e à la 10^e révision) ou aux définitions nationales.

Graph. 17 Augmentations de décès liés à la drogue récentes dans certains pays qui ont rapporté des baisses les années précédentes



NB: Les variations proportionnelles sur les chiffres au-delà de 1985 (ou première année pour laquelle les informations sont disponibles) sont présentées. Pour le Luxembourg, la série commence en 1986 afin d'éviter une déformation du graphique (elle atteindrait 2 700 en 2000).

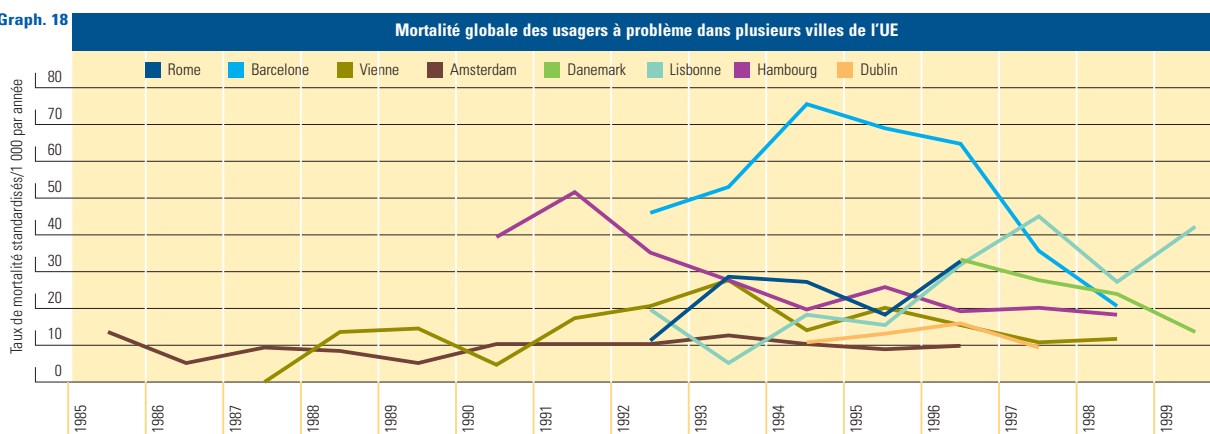
Sources: Rapports nationaux Reitox, 2001, extraits des registres nationaux de mortalité ou de registres spéciaux (de médecine légale ou de police). Fondés sur les définitions telles que présentées dans l'encadré 1 EL — définitions des décès directement liés à la drogue.

Mortalité globale des usagers de drogues

Les usagers à problème représentent moins de 1 % de la population adulte dans l'UE mais connaissent des problèmes sanitaires et sociaux considérables. Même plusieurs études multisites ont montré qu'une proportion considérable de la mortalité chez les jeunes adultes dans l'UE peut être liée au problème de la drogue (notamment à la consommation d'opiacés). Par exemple, à Glasgow, au début des années 90, un tiers des décès des personnes âgées de 15 à 35 ans pourraient être directement liés à la drogue, et, à Madrid, un quart des décès chez les hommes âgés de 15 à 39 ans en 1990 ont été causés par des surdoses et le sida liés à l'usage de drogues par voie d'injection. D'autres études sont nécessaires en vue de suivre l'impact de la mortalité liée à la drogue dans d'autres endroits au cours de ces dernières années.

Des études de mortalité de cohortes montrent que les usagers à problème ont un taux de mortalité vingt fois plus élevé que des tranches d'âge équivalentes au sein de l'ensemble de la population. Ce phénomène est dû à des surdoses, mais également au sida et à d'autres maladies infectieuses, à des accidents, à des suicides, etc. Les surdoses et les causes externes contribuent largement à ce taux de mortalité élevé, notamment dans les pays qui connaissent une prévalence du VIH peu élevée parmi les toxicomanes, tandis que le sida joue un rôle significatif dans les pays enregistrant une prévalence du VIH élevée. Des problèmes de santé chroniques (cirrhose à la suite d'une hépatite, cancer, etc.) peuvent jouer un rôle important à long terme.

Graph. 18



NB: La comparabilité entre les lieux d'études est encore limitée. Il existe des différences en matière de typologies de lieux de recrutement (centres de traitement) et de modalités de traitement, bien qu'ils semblent représenter des types de traitement communs disponibles sur chaque lieu. Voir tableau 2 EL — Caractéristiques des cohortes recrutées. Plusieurs cohortes ont recruté un certain nombre de leurs cas dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement. Les patients recrutés par ce biais ne sont néanmoins pas entièrement comparables à d'autres échantillons de patients.

Sources: Projets OEDT (CT.99.EP.07 et CT.00.EP.13), coordonnés par le Department of Epidemiology, E Health authority, Rome.

La mortalité des usagers par injection est deux à quatre fois plus élevée que pour les autres consommateurs de drogues, et (jusqu'à récemment) celle des usagers infectés par le VIH est deux à six fois supérieure à celle des usagers non infectés. Cette différence pourrait être en baisse avec les nouveaux traitements du VIH.

La mortalité des usagers à problème qui ne consomment pas d'opiacés et ne s'injectent pas de la drogue est nettement inférieure, même si différentes méthodologies peuvent être nécessaires pour évaluer la mortalité parmi ces usagers.

Tendances de la mortalité des usagers de drogues à problème

Une étude multisite coordonnée par l'OEDT montre des différences dans les taux de mortalité globale et les causes de décès suivant le lieu. Elle montre également des changements significatifs au fil des années de la mortalité globale et des causes de décès. Dans plusieurs endroits, les taux de mortalité étaient plus élevés au début ou dans la seconde moitié des années 90 et ont diminué ces dernières années. À Barcelone, les taux étaient particulièrement élevés entre 1992 et 1996. Ce phénomène a été suivi par une forte diminution ces dernières années due principalement à une baisse des décès liés au sida. À Lisbonne, les taux de mortalité ont augmenté jusqu'à récemment (graphique 19 à la page suivante).

Les comparaisons directes entre les sites devraient être interprétées avec prudence car les profils des centres de recrutement sont différents, bien que d'une manière générale ils semblent représenter des types de traitement communs. Considérant ces limites, les tendances des

taux de mortalité globale et liée à une cause spécifique dans chaque site peuvent constituer des informations précieuses sur la situation.

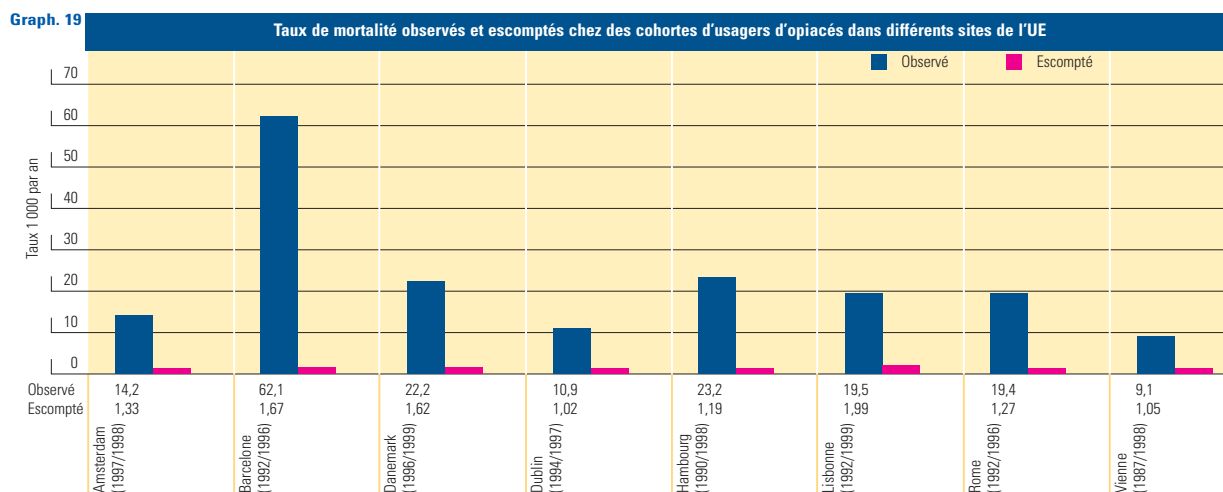
Voir les tableaux en rapport avec ce chapitre sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

- Nombre de «décès directement liés à la drogue» enregistrés dans les pays de l'UE (selon les définitions nationales utilisées pour rapporter les cas à l'OEDT), 1985-2000
- Encadré 1 — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l'UE, telles qu'utilisées dans le Rapport annuel de l'OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux
- Encadré 2 — Décès liés à la drogue — définition de l'OEDT

Criminalité liée à la drogue

La criminalité liée à la drogue peut être considérée comme les infractions à la législation sur la drogue, les crimes commis sous l'influence de drogues illicites, la criminalité économique commise par des usagers pour maintenir leurs habitudes de consommation (principalement les vols liés à la toxicomanie et la vente de drogues) et les crimes systémiques découlant du fonctionnement des marchés illicites (protection des territoires, sanctions des dealers, etc.). Hormis les infractions liées à la drogue, ces catégories ne permettent pas pour autant de disposer de données régulières, et lorsque ces dernières sont disponibles, elles proviennent d'études locales ad hoc difficiles à interpréter.

Situation de la drogue



NB: Ces «taux de mortalité observés» représentent la moyenne sur l'ensemble de la période de suivi pour chaque site (entre parenthèses). Chaque site d'étude a connu des changements significatifs au fil des années (graphique 18). Si les «taux observés» étaient présentés par année, ces taux seraient différents. Voir également le tableau 2 EL — Caractéristiques de cohortes recrutées. Plusieurs cohortes ont recruté un certain nombre de leurs cas dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec hébergement. Les patients recrutés par ce biais ne sont néanmoins pas entièrement comparables à d'autres échantillons de patients.

Sources: Projets OEDT (CT.99.EP.07 et CT.00.EP.13), coordonnés par le Department of Epidemiology, E Health authority, Rome.

Les arrestations ⁽²⁶⁾ pour infractions à la législation nationale sur la drogue (telles que l'usage, la possession et le trafic) reflètent des variations dans les lois ainsi que dans les priorités et les ressources des forces répressives. Bien que les divergences dans les procédures d'enregistrement et les définitions limitent les comparaisons, les tendances ont été comparées dans la mesure du possible.

En 2000, le cannabis reste la substance la plus souvent en cause lors d'«arrestations» liées à la drogue — représentant 37 à 44 % des arrestations liées à la drogue en Suède et 85 % en France. Au Luxembourg et au Portugal, l'héroïne est prédominante, alors que, aux Pays-Bas, la plupart des infractions liées à la drogue concernent des «drogues dures» (autres que le cannabis et ses dérivés) ⁽²⁷⁾.

La majorité des infractions liées à la drogue concerne l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel — de 55 % au Portugal à 90 % en Autriche. En Norvège, elles sont pour la plupart liées à la vente et au trafic de drogues. En Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, où la consommation de drogues n'est pas considérée comme une infraction pénale, l'ensemble des infractions liées à la drogue sont liées à la vente ou au trafic de drogues. Comme les années précédentes, au Luxembourg, la majorité des arrestations concernent l'usage et le trafic de drogues.

Tendances

Les «arrestations» pour infractions liées à la drogue ont augmenté régulièrement depuis 1985 dans l'ensemble de l'UE. Les taux ont été multipliés par plus de dix en Grèce et au Portugal, alors que, au Danemark, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Suède, les hausses sont de moindre importance (double ou moins).

Au cours des trois dernières années, le nombre d'«arrestations» liées à la drogue a augmenté dans la plupart des pays de l'UE. Les hausses les plus marquées sont relevées en Grèce, en Irlande et en Norvège. En 2000, les Pays-Bas et le Royaume-Uni étaient les seuls pays enregistrant une baisse du nombre d'«arrestations» ⁽²⁸⁾ liées à la drogue (graphique 20 à la page suivante).

Voir les tableaux statistiques en rapport avec ce chapitre sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

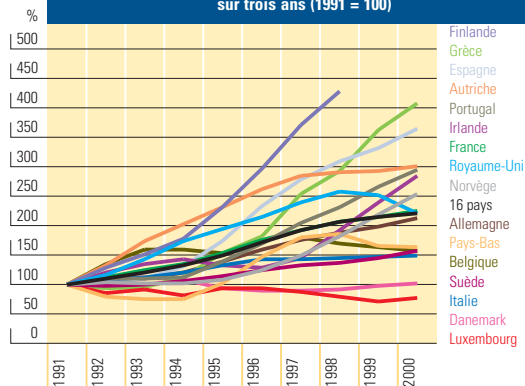
- Drogue la plus impliquée dans les «arrestations» pour infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège
- Type d'infraction le plus fréquemment concerné lors des «arrestations» pour infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège
- Nombre d'«arrestations» pour infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985-2000
- Références au graphique «Arrestations pour infractions liées à la drogue, 1991-2000 — Indexation des moyennes mobiles sur trois ans (1991 = 100)»

⁽²⁶⁾ Le terme «arrestations» couvre différents concepts qui varient selon les pays (rapports de police sur des personnes accusées de délinquance ou accusations d'infraction à la législation sur les drogues, etc.). Veuillez consulter le tableau sur les «arrestations» pour les définitions exactes par pays (version en ligne).

⁽²⁷⁾ Graphique 14 EL — Drogue la plus impliquée dans les «arrestations» pour infraction liée à la drogue dans certains pays de l'UE (version en ligne).

⁽²⁸⁾ On a également constaté une baisse du nombre d'«arrestations» en Belgique, mais celle-ci était due à un changement dans les procédures d'enregistrement.

Graph. 20 Arrestations pour infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1991-2000 — Indexation des moyennes mobiles sur trois ans (1991 = 100)



NB: Pour les différentes définitions des arrestations, veuillez consulter le tableau statistique «Nombre d'arrestations pour infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985-2000» (version en ligne). Des valeurs réelles ont été entrées pour tous les pays en 2000, pour la Finlande, en 1998, pour la Belgique, en 1995 et en 1997, car les données disponibles ne permettent pas le calcul des moyennes mobiles dans ces cas. La série a été interrompue pour la Belgique en 1996 (données non disponibles).
Sources: Points focaux Reitox.

Marchés de la drogue et disponibilité

Si les saisies de drogues peuvent refléter indirectement l'offre et la disponibilité des drogues, elles indiquent aussi les moyens, priorités et stratégies de répression des infractions, ainsi que la vulnérabilité des trafiquants face à la répression. Les tendances relatives aux quantités saisies peuvent être faussées avec des variations d'une année à l'autre en raison de quelques saisies exceptionnellement importantes ⁽²⁹⁾. C'est pourquoi le nombre de saisies qui inclut, dans tous les pays, une grande proportion de petites saisies de détail est généralement considéré comme un indicateur plus pertinent des tendances ⁽³⁰⁾. L'origine et la destination de la drogue saisie peuvent donner des renseignements, lorsque ces informations sont connues, sur les itinéraires de trafic et les zones de production. La plupart des États membres fournissent des informations sur le prix et le degré de pureté de la vente au détail de drogues, mais les données détaillées restent limitées et ne permettent pas des comparaisons précises.

Cannabis

Dans tous les pays de l'UE, à l'exception du Portugal, où les saisies d'héroïne sont prédominantes, la majorité des saisies concernent le cannabis. Depuis 1996, l'Espagne

est le pays ayant saisi les plus grosses quantités de cannabis, plus de la moitié du nombre total de saisies dans l'UE. Le Royaume-Uni enregistre un nombre de saisies plus important mais impliquant en moyenne des quantités inférieures.

La résine de cannabis provient généralement du Maroc via l'Espagne et les Pays-Bas. L'herbe de cannabis vient de l'Afghanistan, du Pakistan et du Liban, ainsi que de l'Albanie vers l'Italie et la Grèce et de l'Angola vers le Portugal. La plupart des États membres font état d'une production locale, notamment la production de «nederwiet» ⁽³¹⁾ aux Pays-Bas.

En 2000, le prix au détail du cannabis variait entre 1 et 20 euros par gramme de résine de cannabis et entre 2 et 8 euros par gramme de feuilles de cannabis. Le pourcentage de THC contenu dans la résine de cannabis variait entre 2 et 13 % en moyenne, bien que certains échantillons fissent état de 0 à 50 % de THC dans l'UE. La teneur en THC des feuilles de cannabis est généralement inférieure, entre 1 et 6 %, à l'exception de la Belgique (17 % en moyenne) et des «nederwiet» de cannabis aux Pays-Bas, dont le pourcentage est plus élevé (10 % en moyenne).

Tendances

Le nombre de saisies de cannabis a augmenté régulièrement depuis 1985 et semble s'être stabilisé au cours des trois dernières années. Cette tendance est due en particulier à la diminution du nombre de saisies de cannabis en Belgique, aux Pays-Bas, au Portugal, en Autriche et au Royaume-Uni ces dernières années. Les quantités saisies ont également augmenté mais se sont stabilisées depuis 1995. En 2000, le nombre de saisies a diminué dans la plupart des États membres.

Les prix du cannabis sont généralement stables dans l'UE, malgré une hausse au Luxembourg et au Portugal (résine) en 2000.

Héroïne

En 2000, presque neuf tonnes d'héroïne ont été saisies dans l'UE, dont plus d'un tiers au Royaume-Uni (graphique 21 à la page suivante). L'héroïne saisie dans l'UE provient principalement du Croissant d'or (Asie du Sud-Ouest: Afghanistan, Pakistan) et du Triangle d'or (Asie du

⁽²⁹⁾ Graphique 15 EL — Quantités de cannabis, de cocaïne, d'héroïne et d'amphétamines saisies dans les pays de l'UE (1985-2000) (version en ligne).

⁽³⁰⁾ Il s'agit de procéder avec prudence à l'analyse des tendances au niveau de l'UE étant donné que les séries commencent à des années différentes dans différents pays. Voir les tableaux statistiques sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>) pour plus d'informations.

⁽³¹⁾ «Nederwiet»: cannabis néerlandais produit localement aux Pays-Bas.

Situation de la drogue

Sud-Est: Myanmar, Laos, Thaïlande), via la Turquie, les Balkans et les Pays-Bas. Toutefois, on relève un trafic croissant via les pays d'Europe de l'Est (Russie, Estonie, Bosnie, Slovaquie) et les pays d'Asie centrale de l'ex-Union soviétique.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue oscillait entre 25 et 330 euros par gramme en 2000 dans l'UE. Les prix les plus élevés sont relevés en Irlande, en Finlande et en Norvège. Le degré de pureté de l'héroïne varie généralement de moins de 20 à 45 %, mais la Belgique, le Danemark, l'Espagne et la Norvège affichent une pureté moyenne plus élevée concernant l'héroïne brune.

Tendances

Au niveau européen, les saisies d'héroïne ont augmenté jusqu'à 1991-1992 puis se sont stabilisées. En 2000, elles ont diminué en Espagne, en Irlande, au Luxembourg, en Norvège et au Portugal. Les quantités saisies au niveau européen ont augmenté depuis 1985 et se sont stabilisées entre 1991 et 1998 mais ont enregistré une nouvelle hausse depuis lors. En 2000, tous les pays affichent une tendance à la hausse, sauf le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et la Suède.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue est resté globalement stable ou a diminué, même si le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni ont connu en 2000 une hausse du prix de l'héroïne brune. Le degré de pureté de l'héroïne est stable ou en baisse dans tous les pays,

sauf au Danemark, en Allemagne, au Luxembourg et au Royaume-Uni, où il a récemment augmenté, notamment celui de l'héroïne brune.

Cocaïne

L'Espagne reste le pays de l'UE affichant le nombre le plus important de saisies de cocaïne. La cocaïne provient généralement d'Amérique latine (notamment de Colombie, du Brésil et du Venezuela) via l'Amérique centrale et les Caraïbes. Pour plusieurs pays, l'Espagne reste la porte d'entrée principale sur le reste de l'Union européenne, même si la cocaïne est souvent redistribuée via les Pays-Bas.

Le prix de vente au détail de la cocaïne variait entre 45 et 170 euros par gramme en 2000. Les prix les plus bas sont relevés en Espagne et au Royaume-Uni et les plus élevés en Finlande. Le degré de pureté de la cocaïne est généralement élevé, entre 50 et 85 % dans la plupart des pays, sauf au Danemark et en Allemagne, où la moyenne est inférieure en 2000.

Tendances

Le nombre total de saisies de cocaïne a augmenté régulièrement depuis le milieu des années 80 dans l'UE et s'est stabilisé en 2000. Les quantités de cocaïne saisies fluctuent, avec une tendance générale à la hausse, mais l'année 2000 a enregistré une nette diminution — principalement en raison de fortes diminutions dans les pays enregistrant la majorité des saisies de cocaïne dans l'UE (l'Espagne, la France et les Pays-Bas).

Le prix de la cocaïne est stable ou en baisse dans la plupart des pays, mais a augmenté en 2000 au Danemark, au Portugal et au Royaume-Uni. Le degré de pureté reste stable ou diminue dans tous les États membres.

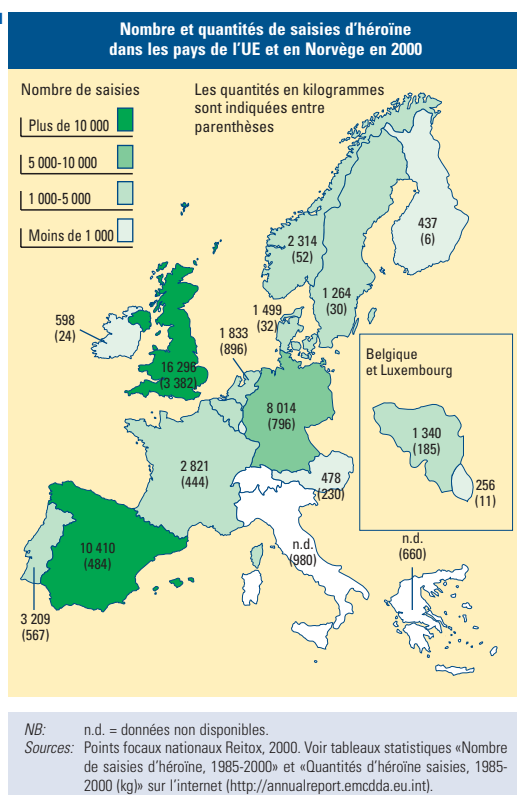
Drogues synthétiques: amphétamines, ecstasy et LSD

En Finlande, en Norvège et en Suède, les amphétamines viennent au second rang des drogues les plus couramment saisies (après le cannabis). Le Royaume-Uni signale les plus grosses quantités d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD saisies dans l'UE.

Les Pays-Bas constituent un site important de production d'ecstasy, d'amphétamines et de drogues connexes, mais cette production a également été démontrée dans d'autres États membres (Belgique et Royaume-Uni) et dans les pays d'Europe de l'Est (République tchèque et Estonie).

Les amphétamines seraient vendues entre 5 et 35 euros par gramme en moyenne, alors que, pour l'ecstasy, le

Graph. 21



prix serait de 5 à 15 euros pour chaque comprimé. Selon les données de l'année 2000, les drogues synthétiques sont moins chères en Belgique et au Royaume-Uni. Le degré de pureté des amphétamines est très variable, de 3 % en Irlande à 46 % en Finlande, mais est généralement compris entre 10 et 15 % dans l'UE. Les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy contiennent — dans 32 % (Grèce) à 100 % (Finlande) des cas — de l'ecstasy ou des substances comparables à l'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA); 2 à 22 % des comprimés contiennent des amphétamines (ou métamphétamines), mais ils peuvent également renfermer différentes autres substances psychoactives (2-CB, 2-CT7, 4-MTA et, depuis peu, la PMA et la PMMA).

Tendances

Les saisies d'amphétamines ont augmenté — tant en nombre qu'en quantités — depuis 1985. En 1999 et en 2000, le nombre de saisies d'amphétamines a diminué, notamment au Royaume-Uni. Après des diminutions enregistrées en 1998 et en 1999, les quantités ont de nouveau augmenté en 2000, notamment en Allemagne.

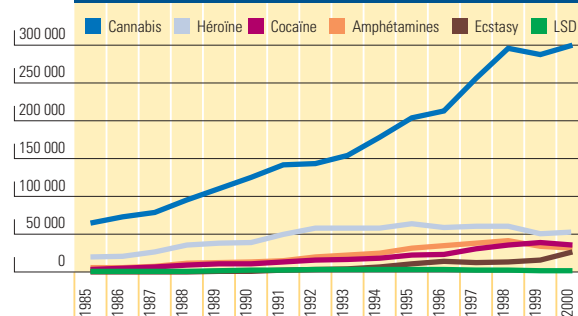
Le nombre de saisies a augmenté dans la plupart des pays de l'UE depuis 1985, avec une nette augmentation en 2000. Les quantités d'ecstasy saisies ont suivi la même tendance à la hausse depuis 1985, puis se sont stabilisées à partir de 1993, avant d'atteindre un maximum en 1996 et de redescendre en 1999. En 2000, tous les États membres sauf le Danemark, le Luxembourg et le Portugal ont connu une hausse.

Les saisies de LSD sont moins fréquentes. Elles ont augmenté tant en nombre qu'en quantités jusqu'en 1993, puis ont diminué depuis lors mais ont connu une légère hausse en 2000. Le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande rapportent des quantités importantes de LSD saisies en 2000.

Après des baisses significatives dans les années 90, les prix des amphétamines et de l'ecstasy se sont stabilisés dans l'UE. Cependant, en 2000, l'Irlande a rapporté une augmentation du prix des deux drogues synthétiques, alors que, en Allemagne, seul le prix des amphétamines a augmenté. Le prix des comprimés d'ecstasy a diminué en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni. Au cours de

ces dernières années, la proportion de comprimés contenant de l'ecstasy ou des substances comparables à l'ecstasy a augmenté dans bon nombre de pays, alors que ceux contenant des amphétamines (et métamphétamines) ont diminué. La Grèce a rapporté un passage des MDMA aux amphétamines comme principale substance présente dans la majorité des comprimés en 1999 et en 2000.

Graph. 22 Nombre de saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD dans les pays de l'UE et en Norvège (1985–2000)



NB: Les données ne sont pas disponibles pour la Grèce. Pour d'autres pays, elles ne sont disponibles qu'à partir de 1988 (Danemark, Portugal), de 1993-1996 (Finlande) et de 1997 (Pays-Bas). Les nombres de saisies sont sous-estimés en 1999 et en 2000 car les données ne sont pas disponibles pour l'Italie. La plupart des séries de données concernant l'ecstasy débutent au milieu des années 90 (à l'exception de l'Espagne, de la France, de l'Italie, du Royaume-Uni).

Sources: Points focaux Reitox. Voir tableaux statistiques «Saisies de drogues dans les pays de l'UE et en Norvège, 2000» sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).

Voir les tableaux statistiques en rapport avec ce chapitre sur l'internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>):

- Saisies de drogues dans les pays de l'UE et en Norvège, 2000
- Nombre de saisies d'amphétamines, 1985-2000
- Nombre de saisies de cannabis, 1985-2000
- Nombre de saisies de cocaïne, 1985-2000
- Nombre de saisies d'ecstasy, 1985-2000
- Nombre de saisies d'héroïne, 1985-2000
- Nombre de saisies de LSD, 1985-2000
- Quantités d'amphétamines saisies, 1985-2000 (kg)
- Quantités de cannabis saisies, 1985-2000 (kg)
- Quantités de cocaïne saisies, 1985-2000 (kg)
- Quantités d'ecstasy saisies, 1985-2000 (comprimés)
- Quantités d'héroïne saisies, 1985-2000 (kg)
- Quantités de LSD saisies, 1985-2000 (doses)

Réponses à la consommation de drogues

Ce chapitre donne une vue d'ensemble des développements politiques et stratégiques en matière de drogues au niveau national et au niveau de l'UE. Il examine les réponses au problème de la drogue dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'assistance sociale et du droit pénal.

Stratégies nationales et européennes en matière de drogues

La politique en matière de drogues dans les plans d'action

Stratégie de l'UE

En octobre 2001, le groupe horizontal «Drogues» du Conseil a examiné le «rapport sur l'identification de critères pour une évaluation de la stratégie de l'Union européenne en matière de drogues (2000-2004)» élaboré par l'OEDT et Europol. Il propose une analyse de chacun des six objectifs du plan d'action de l'UE ⁽³²⁾ et souligne les possibilités et les contraintes en termes de suivi et d'évaluation. Il comprend également plusieurs paramètres qui serviront à définir une situation de référence, à l'aide des données de 1999 ⁽³³⁾, par rapport à laquelle sera évaluée la situation en 2004.

Stratégies nationales en matière de drogues ⁽³⁴⁾

Le plan d'action antidrogue de l'UE a contribué à sensibiliser sur la nécessité de coordonner des activités concernant les drogues dans les États membres. L'article 1.1.3 invite le Conseil à donner régulièrement l'occasion aux responsables nationaux de la coordination des politiques en matière de drogues de se réunir afin de

procéder à un échange de vues sur l'évolution de la situation au niveau national et d'étudier les possibilités d'une coopération accrue. Une réunion a été organisée en Suède avec les coordinateurs nationaux en matière de drogues en 2001 ⁽³⁵⁾.

En ce qui concerne les stratégies nationales, la tendance de ces dernières années à traduire les cadres politiques en matière de drogues en plans d'action ou en documents politiques ou stratégiques sur les drogues se poursuit, bien qu'il y ait encore un fossé entre la stratégie écrite et sa mise en pratique.

En mars 2001, le gouvernement portugais a approuvé un plan d'action sur les drogues intitulé «Horizon 2004», qui identifie des objectifs précis, des buts et des actions spécifiques à développer sur une période de quatre ans. Un mois plus tard, le gouvernement irlandais a approuvé une stratégie nationale en matière de drogues pour la période 2001-2008 définissant des objectifs spécifiques, des indicateurs clés de performances et des actions individuelles à entreprendre par chaque ministère impliqué dans l'application des politiques sur les drogues. En juin, le conseil grec des ministres a adopté un certain nombre de décisions orientées vers une politique holistique, harmonisée et coordonnée en matière de drogues. Dans ces décisions, le gouvernement s'engage à présenter au Parle-

⁽³²⁾ Les informations détaillées concernant le plan d'action et la stratégie en matière de drogues de l'UE se trouvent sur l'internet (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml).

⁽³³⁾ Disponible en ligne (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

⁽³⁴⁾ Tableau 3 EL — Plans d'action et coordinateurs (version en ligne).

⁽³⁵⁾ L'OEDT a contribué à la publication d'une étude comparative sur la coordination en matière de drogues au sein de l'UE (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf).

ment un plan d'action national quinquennal contenant des objectifs, des activités et des mesures spécifiques.

En Finlande, un plan d'action 2001-2003 a été adopté (en février 2002) et des stratégies spécifiques en matière de drogues ont été élaborées entre les douanes et les services de garde-frontière. En Autriche, les neuf provinces disposent désormais d'un coordinateur en matière de drogues ou de toxicomanie et sept possèdent des plans d'action sur les drogues, tandis qu'en Belgique la Cellule drogue santé a été créée en juin 2001 et un organe de coordination est prévu pour la fin de 2002. L'Italie, conformément à l'approche du nouveau gouvernement sur les drogues, a annoncé, en novembre 2001, la création d'un département antidrogue dirigé par un coordinateur en matière de drogues. En Allemagne, une équipe de coordinateurs des Länder s'est efforcée de renforcer ainsi la coordination pendant de nombreuses années. En janvier 2002, le gouvernement suédois a présenté son nouveau plan d'action 2002-2005 contre la drogue devant le Parlement. Un commissaire chargé des drogues a également été nommé afin de coordonner et de favoriser les actions à différents niveaux de la société.

Au Royaume-Uni, contrairement à la tendance générale, la responsabilité en matière de drogues au sein du gouvernement est passée de l'unité centrale de coordination de la drogue (désormais dissoute) et de son «tsar antidrogue» du *Cabinet Office* au ministère de l'intérieur et au secrétaire d'État aux affaires intérieures.

Évaluation de l'impact des stratégies en matière de drogues

Bien que tous les États membres disposent désormais de stratégies sur les drogues plus ou moins définies, l'évaluation de leur impact n'est pas encore pratique courante. Des progrès ont été accomplis dans l'évaluation de programmes ou d'activités spécifiques, notamment dans le domaine de la réduction de la demande. Cependant, l'évaluation ne constitue pas une priorité pour les instruments juridiques ou les stratégies nationales dans leur ensemble.

Toutefois, on peut citer plusieurs exemples prometteurs parmi les stratégies récemment adoptées. En Irlande et au Portugal, les nouveaux plans nationaux en matière de drogues adoptés en 2001 visent à établir des mécanismes pour évaluer leurs résultats généraux. En Finlande, l'évaluation est prévue dans le cadre du nouveau plan d'action 2001-2003 afin de juger de l'efficacité du plan dans son ensemble, y compris des mesures de traitement et des actions liées au contrôle de la drogue.

En France, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a été chargé par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) d'évaluer l'efficacité des principaux aspects du plan français 1999-2001 contre la drogue. L'évaluation constitue une priorité aux Pays-Bas, non seulement en ce qui concerne les programmes de réduction de la demande, mais également les autres aspects en matière de politique (par exemple la politique de la cafétéria, les changements des critères AHO-JG). Les pratiques étendues au niveau du suivi (suivi national en matière de drogues) dans le domaine de l'usage de drogues et de la santé — et le développement des activités qui s'y rapporte dans le domaine de la justice pénale — contribuent également à l'évaluation des politiques. D'autres stratégies nationales contre la drogue envisagent l'évaluation comme un instrument de mesure des activités individuelles telles que les méthodes de traitement ou les techniques de prévention. Par exemple, en Belgique, une «note politique» prévoit d'évaluer les méthodes de traitement, la santé, les circuits de prise en charge et les techniques de prévention.

Les stratégies des États membres concernant les substances licites et illicites sont menées conjointement

On constate une attention accrue portée aux substances licites et illicites dans les politiques nationales en matière de drogues. Si la France a été l'un des premiers pays à étendre la réflexion sur les mesures de prévention et de réadaptation en termes de dépendances, et plus uniquement en termes de substances en 1998, le gouvernement norvégien a poursuivi l'année dernière le développement d'une vaste politique contre les «abus de substances», dont l'alcool, et qui a trait à la prévention, aux soins et au traitement. En Allemagne, le nouveau rapport du commissaire fédéral chargé des drogues d'avril 2001 annonçait aussi son intention d'étendre la prévention notamment aux drogues licites, à l'alcool et au tabac. En Belgique, l'un des quatre objectifs de la nouvelle politique du gouvernement fédéral concerne la prévention de la consommation de drogues chez les jeunes (tabac et alcool compris). Cette tendance transparait également dans la nouvelle stratégie irlandaise contre la drogue, avec le développement en 2001 de liens officiels aux niveaux local, régional et national avec la politique nationale sur l'alcool afin d'assurer la complémentarité des différentes mesures prises. Au Royaume-Uni, en mai 2001, le pouvoir exécutif de l'Irlande du Nord a approuvé un modèle commun de mise en œuvre, grâce auquel les stratégies sur l'alcool et les drogues illicites seront menées conjointement. La stratégie galloise contre la drogue concerne également les substances licites.

Législation en matière de drogues dans l'UE ⁽³⁶⁾

Au niveau européen

Le 23 mai 2001, la Commission européenne a adopté la proposition de décision-cadre du Conseil concernant l'établissement des dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogues. Cette initiative de la Commission fournit une définition commune du trafic de drogues illicites ainsi que des sanctions communes concernant le trafic transnational à grande échelle. La proposition est actuellement (mars 2002) examinée par le Parlement européen et le Conseil des ministres de l'UE.

Au niveau national

Les évolutions juridiques en matière de drogues au cours de la période concernée sont principalement des mesures orientées vers les usagers de drogues, la conduite sous influence de drogues et les traitements de substitution.

Approches juridiques envers les drogues et les usagers de drogues

Au cours de l'année 2001, on note une tendance dans certains États membres à proposer et à promulguer des modifications juridiques destinées à distinguer plus clairement les simples usagers de drogues des autres contrevenants à la législation sur les stupéfiants et à distinguer le cannabis des autres substances illicites. Les pays envisagent plusieurs possibilités, qui pourraient comprendre un système judiciaire plus spécialisé ou une modification de la législation ou des politiques concernant les usagers de drogues.

Cette tendance est notamment illustrée au Portugal où l'infraction constituée par l'usage de drogues, l'acquisition et la possession de drogues pour usage personnel ne relève plus du droit pénal, mais est passible de sanctions administratives par le biais des «commissions de dissuasion de l'usage de drogues», créées en juillet 2001. Celles-ci sont composées de trois experts (nommés par les ministères de la justice et de la santé ainsi que par le membre du gouvernement responsable de la consommation abusive de drogues) et d'une équipe technique comptant trois à cinq professionnels (psychologues, travailleurs sociaux et experts juridiques). Les cas sont traités individuellement et les rapports établis par l'équipe technique ont pour finalité de justifier les décisions ren-

dues par les membres en matière de procédures et/ou de sanctions, le cas échéant. En avril 2001, le Luxembourg a limité les sanctions à l'encontre des infractions liées au cannabis en éliminant la possibilité d'une peine de prison pour possession pour usage personnel et pour usage personnel en tant que tel, et il a formulé une politique de répression visant à se concentrer uniquement sur l'usage problématique. La note politique élaborée par le gouvernement belge le 19 janvier 2001 va dans le même sens. Pour la première fois, le Luxembourg et la Belgique ont utilisé la voie législative pour distinguer le cannabis des autres substances, tout comme la Grèce, où un projet multipartite de modification de la législation en matière de drogues a été présenté au Parlement en avril 2001, qui l'a cependant rejeté en mai 2002. Enfin, au Royaume-Uni, en 2002, le cannabis devrait passer de la classe B à la classe C (afin que la détention de cannabis pour usage ne soit plus à l'avenir une infraction donnant lieu à une arrestation). En Irlande, les délinquants toxicomanes non violents seront orientés vers un tribunal spécifique aux drogues qui a été établi en tant que projet pilote en janvier 2001 à Dublin — un projet similaire a été lancé à Glasgow, en Écosse, en novembre. Pour ceux devant servir des peines de prison inférieures à six mois, la nouvelle loi néerlandaise en matière de sanctions alternatives est entrée en vigueur le 1^{er} février 2001. Elle prévoit des sanctions sous forme de travail et d'éducation parallèlement ou à la place de peines de prison et/ou d'amendes.

Toutefois, cette tendance n'est pas générale; en Finlande, pendant l'été 2001, une modification du code pénal a aboli le droit de renoncer à la répression de la criminalité liée à la drogue si l'infraction n'a pas été considérée comme un irrespect de la loi et a donné le droit au procureur d'engager des poursuites sommaires à l'extérieur du tribunal avec une sanction, une amende ou jusqu'à six mois de prison. Néanmoins, certaines dispositions prévoient toujours la renonciation aux poursuites ou à une punition si l'infraction est considérée comme insignifiante.

Drogues et conduite

On assiste à une recrudescence des activités dans le domaine de la législation régissant la conduite sous l'influence de drogues, à la fois au niveau politique et au niveau opérationnel.

Au niveau politique, en juin 2001, un groupe de travail finlandais a été désigné pour mettre en œuvre la nouvelle résolution du gouvernement en matière de sécurité

⁽³⁶⁾ Pour obtenir les dernières informations sur l'évolution des systèmes juridiques des États membres en matière de drogues, consultez la base de données juridique européenne en matière de drogues sur l'internet (<http://eldd.emcdda.eu.int>).

routière relative à la tolérance zéro proposée en matière de drogues dans la circulation routière. D'autres États membres ont renforcé leurs règlements sur les destinataires et les méthodes de test. En Autriche, lors de la modification de la loi sur le trafic routier au printemps 2001, il a été décidé de supprimer une disposition concernant des tests de dépistage de drogues obligatoires pour les conducteurs. En mai, au Portugal, et en novembre, en France, des législations ont été instaurées pour effectuer des tests sur les individus impliqués dans des accidents de la route. Cela permettra de mener des recherches sur les drogues et la conduite et d'étudier ainsi le niveau et le type de consommation de drogues parmi les conducteurs et leur contribution aux accidents de la route puis d'élaborer une législation spécifique et efficace permettant de traiter le problème de la conduite sous l'emprise de drogues. En mars 2001, le gouvernement britannique a également mis en œuvre une législation régissant les tests, et les procédures connexes, sur les individus suspectés de conduite sous influence de substances illicites.

Traitement de substitution

Les États membres continuent de travailler sur la législation relative au traitement de substitution de la toxicomanie. Certains pays l'envisagent et ceux où elle est déjà en vigueur travaillent à l'amélioration de leurs cadres juridiques.

En Belgique, à la suite de la note politique de janvier 2001, une législation est en cours d'élaboration afin de contrôler le traitement de substitution. En juillet 2001, l'Allemagne a établi un registre central du traitement de substitution afin d'éviter les prescriptions répétées de médicaments de substitution et a défini une qualification supplémentaire pour les médecins les prescrivant. Au Luxembourg, à la suite d'un décret grand-ducal de février 2002, les médecins prescrivant des drogues de substitution doivent obtenir une licence d'État par le biais du ministère de la santé. Ce décret prévoit la création d'une commission de surveillance spéciale ainsi que d'un registre national de substitution. En Grèce, dans le cadre établi par la loi n° 2716/1999, des mesures supplémentaires sont prévues afin de renforcer la structure des traitements de substitution en étendant l'administration des drogues de substitution par l'intermédiaire du système national de santé. Au Royaume-Uni, il existe à présent un mécanisme juridique (en place depuis avril) permettant de prescrire de la buprénorphine pour les

traitements de substitution, alors que seule la méthadone pouvait être prescrite jusque-là.

Réduction de la demande

Comme décrit précédemment, la plupart des États membres de l'UE disposent d'une stratégie nationale en matière de drogues ou de dispositions similaires ⁽³⁷⁾ comme la Norvège. Toutes ces stratégies définissent des priorités en termes de réponses, avec des objectifs quantitatifs spécifiés dans certains pays (tels que l'Espagne, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni).

Naturellement, les stratégies nationales proposent toute une gamme de réponses. Cependant, on peut se risquer à distinguer certaines priorités visant à renforcer certains types de réponses et/ou à développer des structures plus efficaces ⁽³⁸⁾. La prévention en milieu scolaire est perçue comme une priorité dans dix États membres, tandis que sept autres accordent de l'importance à la prévention dans les communautés. La prévention et l'intervention précoce destinées aux groupes de jeunes à risque figurent en bonne place sur l'agenda de neuf pays. La réduction des risques et le traitement médicalement assisté sont tous deux prioritaires dans six États membres, tandis que l'Italie et la Suède mettent plus d'accent sur le traitement de sevrage. Sept pays considèrent les réponses en matière de justice pénale comme des priorités majeures et six pays citent la réinsertion sociale. Huit pays ressentent la nécessité de renforcer leurs structures de traitement et quatre pays leurs structures de prévention.

Dans la plupart des pays, la mise en œuvre de réponses en matière de réduction de la demande est décentralisée en raison de la nature des activités. Néanmoins, les priorités établies dans les stratégies nationales et les financements qui leur sont associés en termes de recherche et de pratique sont essentielles à la réalisation au niveau régional ou local. L'importance relative de la politique, de la pratique et de la recherche dans la mise en œuvre des réponses varie selon les pays. Dans certains pays, malgré des influences réciproques évidentes, la politique nationale semble avoir davantage d'influence sur la pratique, alors que dans d'autres, notamment au niveau régional, la pratique influence la politique.

La qualité des réponses en matière de réduction de la demande est assurée par l'introduction (dans certains

⁽³⁷⁾ Tableau 4 EL — Présentation des réponses en termes de réduction de la demande dans les États membres de l'UE et en Norvège (version en ligne).

⁽³⁸⁾ Tableau 5 EL — Aperçu des priorités en matière de réduction de la demande dans les États membres et en Norvège (version en ligne).

Réponses à la consommation de drogues

pays) de normes, de procédures d'accréditation ou de lignes directrices nationales. Le traitement doit se conformer à des normes de qualité dans davantage de pays que la prévention ⁽³⁹⁾.

Prévention en milieu scolaire, au niveau local et dans la communauté

Tous les États membres soulignent la priorité absolue donnée à la prévention dans leurs stratégies nationales et dans les nombreuses activités préventives dans différents milieux, et notamment en milieu scolaire. Toutefois, dans de nombreux États membres, il devient de plus en plus évident qu'il existe un écart considérable entre les objectifs politiques, d'une part, et la réalité et la qualité de la prévention, d'autre part ⁽⁴⁰⁾. La portée réelle de la prévention (dans les écoles par exemple) peut être mesurée approximativement si cela est réalisé de façon structurée grâce à des programmes clairement définis ⁽⁴¹⁾. C'est le seul moyen d'évaluer des paramètres clés — tels que le contenu (modèles, facteurs de risque) et le nombre d'écoles, d'élèves et d'enseignants concernés. C'est le cas dans certains États membres [la Belgique (Communauté flamande), l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, l'Irlande et le Royaume-Uni] dans lesquels des informations provenant de programmes sont disponibles et peuvent être évaluées. Cependant, la prévention de la toxicomanie fait souvent partie de politiques scolaires plus larges qui visent à favoriser des styles de vie (scolaire) quotidienne sains. Dans ce contexte «désstructuré», la prévention est assurée de façon ponctuelle, grâce à des groupes ou à des comités consultatifs locaux (au Danemark, en France et en Norvège), et/ou elle est étroitement liée à des besoins spécifiques émergents et à des ressources (notamment en France, en Italie, en Autriche, au Portugal et en Finlande). Cependant, il est difficile de cerner cette approche de manière normalisée et de l'évaluer.

Les objectifs de la prévention en milieu scolaire sont très variés: outre les principes de promotion de la santé en général, qui sont fréquemment cités, cela va du développement des compétences sociales/personnelles à la promotion de l'identité/personnalité. La sensibilisation et l'information sont souvent au cœur de la prévention en matière de drogues, bien que de telles approches seules se soient avérées inefficaces (Skolverket, 2000). Il n'existe aucun principe de prévention européen commun basé sur des résultats ou des recherches dans ce domaine. Le

projet transnational «Healthy school and drugs project» financé par la Commission européenne applique des facteurs qualitatifs basés sur des constats probants dans le cadre de la prévention à l'école (<http://www.school-and-drugs.org>).

Les mesures logistiques et administratives pour appliquer à grande échelle les programmes modèles en matière de bonnes pratiques (dont l'évaluation) dans un pays constituent un autre problème clé. L'Allemagne et les Pays-Bas se réfèrent explicitement à ce défi. L'attention portée en matière de prévention dans certains États membres (au Danemark et en Allemagne par exemple) s'oriente désormais vers les lieux festifs pour répondre aux changements des tendances de consommation et se préoccupe, en termes de contenu, de gérer les risques et non de les éviter seulement. Un site web européen (<http://www.drug-prevention.de>) regroupe les projets qui fonctionnent selon cette philosophie. De manière générale, le nombre et la convivialité des sites web destinés à la prévention ont augmenté dans la plupart des États membres ⁽⁴²⁾. Les lignes directrices sur la façon d'identifier et de s'occuper des élèves qui consomment des drogues constituent un autre élément.

Dans certains États membres (Espagne, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni), on remarque depuis peu, et de façon très nette, un intérêt croissant et des affectations de ressources accrues pour l'assurance qualité et la prévention basée sur des constats probants. En parallèle, l'Allemagne, la Grèce, la France, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni mettent en place des bases de données pour évaluer et suivre leur «couverture» nationale en matière de prévention. L'Espagne a déjà mis en place un système d'information.

En ce qui concerne les programmes communautaires, il n'existe pas de concept commun parmi les États membres. Tout d'abord, ils ne se limitent pas à la seule prévention: la réduction des risques liés à la drogue est également souvent comprise dans les programmes communautaires. Dans certains États membres, l'expression «programme communautaire» désigne un programme mené *dans* une communauté (c'est-à-dire de haut en bas), alors que dans d'autres il s'agit d'un programme mené *par* une communauté (c'est-à-dire de bas en haut).

⁽³⁹⁾ Tableau 6 EL — Aperçu des normes de qualité en termes de prévention et de traitement dans les États membres et en Norvège (version en ligne).

⁽⁴⁰⁾ Tableau 7 EL — Aperçu des objectifs de prévention, des programmes scolaires, des sites web et des activités de prévention organisées dans des lieux de divertissement (version en ligne).

⁽⁴¹⁾ Un aperçu des programmes de prévention en milieu scolaire est disponible en ligne dans le tableau 7 EL (version en ligne).

⁽⁴²⁾ Une liste des sites web de prévention est disponible en ligne dans le tableau 7 EL (version en ligne).

Il existe également de grandes différences entre les États membres en ce qui concerne le rôle des médias dans les stratégies de prévention, qui va de «aucun» (en Autriche et au Royaume-Uni) à «prédominant» (en France et en Italie). Les approches des groupes de pairs sont également très contestées: au sein de la Communauté flamande (De Sleutel), en Belgique, et au Danemark (Guardian Angels), on y a très souvent recours tandis que dans certaines provinces autrichiennes ils sont rejetés car inefficaces.

Prévention dans les lieux festifs

D'un point de vue conceptuel, la prévention dans les lieux festifs peut être perçue comme un chevauchement entre la prévention et la réduction des risques, et elle entraîne donc souvent des conflits idéologiques. Dans certains États membres, les projets se présentent comme «prévention secondaire», alors que d'autres cherchent à conceptualiser leur travail en termes de «réduction des risques». Globalement, cette forme de prévention est basée sur trois stratégies d'intervention: la production de matériel d'information sur les drogues et la santé ainsi que sur les problèmes juridiques et affectifs y afférents; les interventions personnalisées dans les discothèques ou les raves; les mesures structurelles telles que les lignes directrices sur le *safe-clubbing* (soirées festives en toute sécurité) ⁽⁴³⁾.

La production et la distribution de supports d'information sont habituellement l'activité préférée et la plus répandue dans les lieux festifs. Par exemple, en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni, de nombreux prospectus, brochures et affiches sont produits par divers acteurs, mais on connaît peu l'impact de ces stratégies de communication unidirectionnelles et anonymes.

Dans quelques pays (en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni), les approches des groupes de pairs visent à atteindre les personnes fréquentant les lieux festifs afin de transmettre des informations préventives de façon plus interactive et personnelle, toujours à l'aide des supports d'information distribués.

L'importance et l'impact de règles simples mais essentielles pour la sécurité dans les lieux festifs sont de plus en plus reconnus. Ces moyens de prévention structurelle, déjà officiellement disponibles au Royaume-Uni, grâce aux *safer dancing guidelines* (lignes directrices pour des soirées festives en toute sécurité)

(<http://www.clubhealth.org.uk/pages/downloads.htm>) constituent le moyen le plus direct de prévention des problèmes liés à la drogue dans les lieux festifs. Ces lignes directrices visent à minimiser les risques sanitaires les plus fréquemment encourus grâce à l'approvisionnement en eau potable, la mise à disposition de salles *chill-out* climatisées pour éviter toute surchauffe, une meilleure formation du personnel des discothèques en soins de premier secours, ainsi que la facilitation du travail des équipes de proximité dans leurs activités de prévention. De telles lignes directrices existent déjà dans beaucoup d'États membres de l'UE, mais leur application par les propriétaires de discothèques ou par les autorités locales compétentes est encore très irrégulière. Il existe cependant des initiatives visant à obtenir une série de lignes directrices harmonisées pour des soirées festives en toute sécurité en Europe.

De manière moins fréquente, notamment en Belgique et en Allemagne, des interventions spécifiques sont proposées, telles que la réaction face aux «mauvais trips» (savoir réagir face aux effets nocifs et inattendus des drogues sans avoir recours à l'hospitalisation) et, dans certains États membres, le contrôle des pilules dans des lieux de divertissement.

La valeur des interventions de contrôle de pilules sur site, visant à atteindre de façon sélective un groupe cible d'utilisateurs expérimentés ou en expérimentation de drogues récréatives pour une prévention interactive ⁽⁴⁴⁾, a été occultée par des débats axés sur la question de leur précision pharmacologique (Winstock, e.a., 2001) et leurs implications idéologiques ⁽⁴⁵⁾ ou juridiques.

Prévention des maladies infectieuses

Les principales réponses basées sur des constats probants, visant à prévenir les maladies infectieuses chez les usagers de drogues, sont: le travail de proximité basé sur les communautés, le traitement de la toxicomanie (notamment la prescription de méthadone ou d'autres drogues de substitution, qui s'est considérablement étendue dans l'UE et en Norvège au cours des dernières années — voir le chapitre 3 sur les traitements), l'immunisation contre l'hépatite, l'accès à du matériel d'injection stérile et des informations et des formations pour un usage plus sûr ⁽⁴⁶⁾.

Certains services de proximité sont disponibles dans tous les pays de l'UE et en Norvège, mais la manière dont le

⁽⁴³⁾ Un aperçu des initiatives en matière de prévention dans les lieux de divertissement est disponible dans le tableau 7 EL (version en ligne).

⁽⁴⁴⁾ Voir l'étude de l'OEDT sur l'internet (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf).

⁽⁴⁵⁾ Article dans le *Corriere della Sera* du 2 novembre 2001.

⁽⁴⁶⁾ Voir également *Objectif drogues*, n° 4, OEDT, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002.

Réponses à la consommation de drogues

personnel des agences des drogues fournit ses services dans les lieux où se trouvent les patients varie considérablement d'un pays à l'autre. Les services à bas seuil demeurent un point d'accès important à l'information et à l'éducation des usagers de drogues sur la nature des risques liés à l'usage et à la façon de les réduire. Leur rôle dans l'apport de services de soins sanitaires essentiels aux usagers de drogues, qui peuvent contribuer à réduire les risques de contracter des maladies infectieuses, est de plus en plus reconnu et les services à bas seuil se sont davantage multipliés dans plusieurs pays de l'UE et en Norvège en 2000.

Les programmes spécifiques qui donnent accès à du matériel d'injection stérile sont très importants pour limiter le taux de VIH et des autres infections virales transmises par le sang chez les usagers de drogues, et des programmes d'échange de seringues (PES) existent dans tous les pays de l'UE et en Norvège par l'intermédiaire de centres anti-drogue, de pharmacies ou de distributeurs payants. Les PES se sont répandus en 2000 ⁽⁴⁷⁾. De grandes différences demeurent en termes de disponibilité et de couverture entre les pays et dans les pays (Wiessing, e.a., 2001).

À Helsinki et dans plusieurs autres municipalités finlandaises, ainsi qu'à Oslo et dans sa banlieue, le matériel d'injection est davantage disponible en 2001. En Belgique, dans la Communauté flamande, le premier échange de seringues a été ouvert à la fin de 2000, soit six ans après que ce type de service a été disponible dans la Communauté française. En Irlande, dans la stratégie nationale 2001-2008 en matière de drogues, la réduction des risques fait partie du pilier relatif au traitement, et le plan d'action national portugais, «Horizon 2004», présente des objectifs ambitieux en termes de réduction des risques, tels que l'extension des échanges de seringues à toutes les circonscriptions d'ici à 2004. Toutefois, au Portugal, seuls 5 % du budget disponible ont été affectés à la réduction des risques liés à la drogue et 95 % à la prévention, au traitement et à la réinsertion. Au Royaume-Uni, le ministère de la santé a lancé une campagne intitulée «*Making Harm Reduction Work*» en Angleterre pour encourager et développer la réduction des risques avec les usagers de drogues (Hunt, e.a., 2001).

L'impact des politiques de réduction des risques sur l'épidémie d'hépatite C a été examiné lors d'études de

recherche en Angleterre et au pays de Galles (Hope, e.a., 2001) et en Irlande (Smyth, e.a., 1999), et une réduction des comportements à risque, découlant de ces stratégies, est indiquée.

Des efforts systématiques sont en cours en Allemagne, en Autriche, en Finlande, en Irlande, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni pour rendre la vaccination de l'hépatite B plus accessible et atteindre l'immunisation totale parmi un pourcentage élevé d'usagers de drogues. Actuellement, la vaccination ne semble pas très accessible aux usagers de drogues et les taux d'immunisation sont généralement faibles. L'importance des coûts pourrait également jouer un rôle: par exemple, en Belgique, dans la Communauté flamande, les usagers de drogues ne forment pas un groupe prioritaire dans la politique d'immunisation du ministère de la santé, et la vaccination n'est donc pas gratuite ⁽⁴⁸⁾.

Prévention des décès liés à la drogue

En 2000, on estimait à 7 000-8 000 le nombre de décès liés à la drogue dus à des surdoses accidentelles ou intentionnelles dans l'UE. Les recherches ont montré un risque accru pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, et notamment pour ceux qui combinent l'héroïne avec des dépresseurs du système nerveux central tels que l'alcool ou les benzodiazépines (voir chapitre 1 sur les décès liés à la drogue).

Des preuves scientifiques indiquent que la maintenance par la méthadone a des effets protecteurs considérables en termes de mortalité due à des surdoses d'opioïdes et en termes de mortalité due à toute autre cause (OMS, 1998). Des approches innovantes de prévention et de gestion des surdoses (telles que la formation des usagers de drogues pour qu'ils se protègent des surdoses et pour qu'ils gèrent mieux les situations de surdoses dont ils sont témoins, la formation à l'administration de naloxone ainsi qu'aux techniques de réanimation, ou le développement de matériel spécifique d'information en prévention) sont rapportées en Belgique, en Allemagne, en Finlande, au Royaume-Uni et en Norvège. Dans ce dernier pays, le gouvernement a lancé en novembre 2001 un plan d'action pour prévenir les décès liés à la drogue, qui comprend des campagnes de formation et d'information ainsi que des activités de suivi et de recherche ⁽⁴⁹⁾.

⁽⁴⁷⁾ Tableau 8 EL — Fourniture et types de programmes d'échange de seringues (PES), implication des pharmacies, nombre de seringues distribuées/vendues (version en ligne).

⁽⁴⁸⁾ Tableau 9 EL — Conseils et tests concernant le dépistage du VIH, le traitement du VIH et la vaccination contre le virus de l'hépatite B fournis aux usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) dans certains pays européens, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 et 2001 (version en ligne).

⁽⁴⁹⁾ Des exemples des messages de prévention utilisés dans la campagne concernant les surdoses sont disponibles en ligne (version en ligne).

Structures pour la consommation de drogues

En septembre 2001, il y avait dix-neuf salles de consommation en Allemagne (Stöver, 2002); plus de vingt structures de consommation de drogues fonctionnaient en 2002 dans plusieurs villes néerlandaises. L'Espagne a ouvert une salle d'injection en mai 2000, à Las Barranquillas, près de Madrid, et une structure mobile d'injection est opérationnelle à Barcelone depuis 2001. Au Portugal, les structures destinées à l'usage de drogues supervisé font partie du cadre politique de réduction des risques et sont prévues dans le plan d'action national contre la drogue «Horizon 2004». Au Luxembourg, les obstacles juridiques ont été retirés afin que les salles d'injection soient considérées comme des services de soins, et il est prévu d'intégrer une salle d'injection dans les services étendus d'un «centre de soins d'urgence» à Abridado à partir de 2003.

En Norvège, le gouvernement sortant a suggéré (en automne 2001) qu'un jugement soit rendu, précédé d'une audience publique. Le gouvernement actuel a décidé en mai 2002 de ne pas recourir à un procès et s'est vu conforté en cela par la majorité des réponses reçues lors

de l'audience. Au Danemark, une initiative concernant une salle d'injection a été mise en suspens par le ministre de la santé en 2000, à la suite des conventions internationales traitant de ce sujet. En Autriche, où la mise en place d'une structure de consommation de drogues («salle santé») a été discutée pendant plusieurs années, une enquête (Feistritzer, 2001) a indiqué que le public en général avait un avis plus favorable sur les salles d'injection en 2001 (28 %) qu'en 1997 (20 %).

Les objectifs, les services fournis et l'utilisation de salles de consommation ont été décrits par plusieurs études et «apportent certains témoignages quant aux quatre principaux bénéfices attendus de telles structures: des nuisances réduites pour le public; une amélioration de l'accès aux services sanitaires et à d'autres services sociaux et de leur utilisation; la réduction des risques de surdoses liés aux opioïdes; la réduction des risques de transmission de virus par le sang» (Dolan, e.a., 2000). L'OEDT prépare actuellement une synthèse des expériences, des défis et des enseignements tirés des structures de consommation de drogues.

Disponibilité des structures de traitement

Les cinq dernières années ont connu une augmentation considérable de la disponibilité des structures de traitement dans l'Union européenne et en Norvège⁽⁵⁰⁾. La dispense de traitements médicalement assistés (traitement de substitution) et de traitement de sevrage a augmenté bien que le degré d'augmentation varie beaucoup selon les pays.

Dans l'ensemble, les traitements médicalement assistés semblent avoir augmenté plus rapidement que les traitements de sevrage. Des augmentations rapides du traitement médicalement assisté ont eu lieu en France (de 500 à plus de 78 000 patients entre 1993 et 2000), en Norvège (de 50 à 1 100 patients dans la période 1997-2001), en Finlande (de 10 à 240 patients dans la période 1996-2001) et en Espagne (de 12 000 à 72 000 patients dans la période 1993-1999). Les capacités de traitement de sevrage ne sont pas enregistrées de la même manière systématique et quantitative, mais elles ont augmenté, notamment au Danemark (d'une communauté thérapeutique spécialisée en 1994 à environ trente-cinq en 1999)

et en Grèce (d'une communauté thérapeutique spécialisée en 1983 à huit en 1999).

L'augmentation des structures de traitement n'est pas seulement la bienvenue mais elle est aussi nécessaire pour lutter contre le problème de la toxicomanie en Europe. Cependant, la Grèce et le Portugal, par exemple, rapportent que l'offre de traitement ne satisfait pas la demande des patients, et les recherches sur la correspondance systématique entre patients et traitements n'ont pas été très concluantes. Ces questions cruciales doivent être traitées afin d'améliorer les réponses au problème de la toxicomanie et les résultats du traitement⁽⁵¹⁾.

Réponses en matière de justice pénale

Les autorités judiciaires dans les pays de l'UE disposent d'une série de mesures à différents niveaux du système de justice pénale pour orienter les usagers de drogues ayant commis un délit vers un traitement⁽⁵²⁾. On peut remarquer un effort croissant parmi les États membres en ce qui concerne l'amélioration de la documentation de

⁽⁵⁰⁾ Tableau 10 EL — Disponibilité des traitements de sevrage dans l'Union européenne et en Norvège et tableau 11 EL — Traitement de substitution des usagers de drogues à problème (nombre de personnes) (version en ligne).

⁽⁵¹⁾ Les traitements réussis constituent l'une des questions particulières traitées au chapitre 3 de ce Rapport.

⁽⁵²⁾ Voir également *Objectif drogues*, n° 2, OEDT, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002.

Réponses à la consommation de drogues

la série de mesures disponibles, l'organisation de leur niveau d'application et l'évaluation de leur efficacité. Ces initiatives sont pertinentes pour l'évaluation des progrès accomplis jusqu'à présent par rapport à l'objectif n° 5 de la stratégie de l'Union européenne en matière de drogues («diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, le nombre de crimes liés à la drogue») car les autres mesures visaient dernièrement à réduire les récidives de délits et les rechutes des délinquants toxicomanes dans la drogue. Certains exemples sont présentés ci-après.

Orientation vers le traitement

Les programmes d'arrestation-orientation et d'ordonnance sur les traitements et l'expérimentation en matière de drogues (DTTO) se sont avérés utiles au Royaume-Uni pour augmenter le nombre de traitement de délinquants toxicomanes. Les recherches ont démontré que la crise correspondant à l'arrestation représente une opportunité importante pour atteindre les délinquants toxicomanes et leur proposer des services de prévention et de traitement (DPAS, 2000) et il est prévu d'étendre les programmes à toutes les forces de police dans le pays d'ici à mai 2002. La première évaluation des DTTO (menée dix-huit mois après leur mise en place) a indiqué une réduction de la somme d'argent dépensée pour les drogues et du nombre d'infractions commises (Turnbull, e.a., 2000) et elles ont été introduites par la suite en octobre 2000 après une phase pilote réussie. Un projet quadriennal expérimental sur le traitement des délinquants toxicomanes entrepris à La Haye (Pays-Bas), comprenant le traitement de sevrage et les soins postcure, a montré un niveau encourageant de 40 % de participants au programme qui se sont abstenus de consommer de la drogue dans les deux ans suivant l'intervention, mais également une interrelation élevée de résultats positifs au traitement continu (Vermeulen, e.a., 1999). En France, une évaluation de la politique d'obligation de traitement ou «injonction thérapeutique» (Setbon et De Calan, 2000) a cependant montré un manque d'efficacité. En janvier 2001, un tribunal pilote en matière de drogues a été établi en Irlande; il fournit des systèmes de réadaptation et des supervisions structurées pour des personnes ayant commis des infractions mineures liées à la drogue. Il faut noter, toutefois, que, jusqu'à présent, ni les DTTO au Royaume-Uni ni les tribunaux irlandais compétents en matière de drogues ont été soumis à une évaluation plus rigoureuse par le biais de procès contrôlés randomisés.

Traitement en prison

Ce sujet est traité au chapitre 3 de ce Rapport dans le cadre de la question particulière relative à la «consommation de drogues en prison» (page 51).

Probation

La libération en probation est possible dans certaines conditions pour les délinquants condamnés dans tous les pays de l'UE, mais certaines juridictions ont fixé des conditions spéciales pour les usagers de drogues. Les tentatives d'analyse des résultats de ces mesures alternatives sont encore très peu répandues. Cependant, en Italie, une analyse sur la révocation des probations accordées aux délinquants toxicomanes a trouvé des taux peu élevés: sur un échantillon de 4 237 usagers de drogues en probation pendant le premier semestre de 2000, seuls 253 (6 %) ont vu leur peine révoquée et ont été incarcérés.

D'autres études évaluant l'orientation vers les soins au lieu de sanctions (en Finlande), le traitement dans le système pénal (en Suède), le traitement des délinquants toxicomanes à l'extérieur des prisons (au Danemark) et le traitement médico-légal de la toxicomanie (aux Pays-Bas) sont toujours en cours. Au Luxembourg, le nouveau projet de prise en charge des personnes toxicodépendantes en milieu carcéral disposera d'une composante d'évaluation importante dès son démarrage à la mi-2002. Tous les programmes de traitement basés sur les prisons au Royaume-Uni sont actuellement en cours d'évaluation pour obtenir leur accréditation de qualité officielle.

Une étude de la littérature concernant les programmes de sanctions judiciaires en général (Beenackers, 2000), mandatée par le ministre néerlandais de l'intérieur, a conclu que leur efficacité dépend des interventions ou traitements adjacents et préconise l'utilisation d'approches cognitives-comportementales et de systèmes de «traitement par étapes» pour limiter les récidives. Ce dernier résultat a été confirmé par des revues spécifiques menées aux Pays-Bas en 1998 et en 1999, qui se sont concentrées sur les mesures envers les délinquants toxicomanes.

Réduction de l'offre

La production et le trafic de drogues dans l'Union européenne en 2000-2001 restent les activités principales des associations de malfaiteurs dans l'UE (Europol, 2001). Ces associations de malfaiteurs profitent pleinement des opportunités offertes par la mondialisation de l'économie de marché, et notamment par l'utilisation des technologies modernes. Elles ont tendance à être impliquées dans plusieurs types de criminalité et ne limitent pas leurs activités à un seul type de drogue, comme l'illustre le nombre croissant de saisies impliquant plusieurs drogues.

La lutte contre le trafic de drogues organisé constitue une priorité pour les États membres. On assiste à des efforts d'amélioration des systèmes de bases de données et des techniques de criminologie, ainsi qu'à une affectation de ressources supplémentaires dans plusieurs États membres. Au même moment, la coopération internationale poursuit son développement et implique certaines organisations internationales ainsi qu'Interpol et l'Organisation mondiale des douanes.

La coopération internationale accrue donne lieu à l'établissement d'équipes spécifiques, telles que celle qui a été créée dans l'objectif de regrouper et de traiter l'ensemble des informations concernant le trafic de drogues le long de la route de la soie, impliquant actuellement Interpol, Europol, l'Organisation mondiale des douanes (OMD) et l'Office fédéral de la police criminelle allemand (le BKA). Dans le cadre de ce programme, le BKA mène des analyses basées sur les informations fournies par les autres membres de l'équipe de travail. L'opération RoadRunner II constitue un autre exemple. Cette opération a été financée par la Commission européenne et vise à mener des actions de surveillance afin de lutter contre le trafic de drogues le long de la route des Balkans. Elle a donné lieu à la saisie de quantités de drogues considérables, avec la participation des quinze États membres et de treize pays d'Europe centrale et orientale (voir <http://www.europol.eu.int>).

La lutte contre le détournement de substances chimiques et de précurseurs sous contrôle fait partie intégrante de la coopération internationale accrue. On estime que 1 500 tonnes d'anhydride acétique, sur une production mondiale annuelle de 2,5 millions de tonnes, sont détournées pour la fabrication d'héroïne. Environ 20 % de la production mondiale d'anhydride acétique sont produits dans l'Union européenne.

L'opération Topaz, contre le détournement d'anhydride acétique, prévoit un système visant à identifier l'origine des substances chimiques saisies. Cette opération a permis d'intervenir sur onze envois de près de 230 tonnes d'anhydride acétique qui auraient pu être utilisées pour la production de 55 à 230 tonnes d'héroïne. Le volume du commerce international licite a représenté près de 180 000 tonnes en 2001. Étant donné que la plupart des envois ne vont pas directement du producteur aux pays consommateurs, des ressources supplémentaires sont nécessaires pour garantir un niveau approprié de surveillance. L'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants) a remarqué que certaines autorités clés, telles que les autorités néerlandaises, qui contrôlent une grande partie des opérations de transit, ont considérablement augmenté leurs ressources dans ce but (voir <http://www.undcp.org>).

Le programme de surveillance international concernant le permanganate de potassium a permis la saisie de 1 100 tonnes de cette substance. Conformément aux programmes de surveillance concernant le permanganate de potassium, les déclarations d'exportation des principaux pays exportateurs doivent être communiquées à l'avance. L'opération Purple lancée en 2000 a continué d'améliorer ses performances en 2001, avec dix-sept envois vers le marché illicite stoppés, ce qui représente 1 100 tonnes de substances chimiques. En 2000, treize envois ont été stoppés et près de 655 tonnes saisies. Le volume de commerce international licite lié au permanganate de potassium en 2001 représente 19 000 tonnes, contre 11 000 tonnes en 2000. Ce programme a également permis d'identifier de nouvelles méthodes et de nouveaux itinéraires concernant le détournement de cette substance, sans imposer de retards excessifs au commerce international licite. Cependant, l'OICS a remarqué une augmentation constante du nombre et du volume d'envois vers des pays ne participant pas à l'opération Purple (voir rapport 2001 de l'OICS sur les précurseurs à l'adresse suivante: <http://www.undcp.org>).

La coopération internationale des douanes et les activités du Groupe d'action financière internationale (GAFI) jouent un rôle important dans les mesures contre le blanchiment de capitaux. En novembre 2000, la convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée a reconnu l'importance des mesures concernant le détournement et la surveillance de la circulation transnationale des espèces et cautionnements. L'importance de la circulation d'argent liée au trafic de drogues a été reconnue par les organisations internationales qui coopèrent contre le blanchiment de capitaux (voir rapport 2001-2002 du GAFI à l'adresse suivante: <http://www.oecd.org/FATF>). On peut également citer l'opération Goldfinger comme exemple de l'importance de la coopération régionale, qui concerne les autorités douanières de la région Baltique, visant à collecter des informations concernant les opérations de plus de 10 000 dollars des États-Unis. Les principales conclusions pouvant être tirées de cette opération sont l'effet dissuasif de la coopération régionale des douanes sur les activités de blanchiment de capitaux et les grandes différences qui existent entre les législations nationales concernant les flux d'argent (voir rapport 2000 «Douanes et drogues» à l'adresse suivante: <http://www.wcoomd.org>).

Les principales activités du GAFI ont été de diffuser le message contre le blanchiment de capitaux dans tous les continents et régions du globe afin d'améliorer la mise en œuvre des quarante recommandations du GAFI adoptées en 1990 et modifiées en 1996 et de renforcer la révision des méthodes de blanchiment de capitaux et des contre-

Réponses à la consommation de drogues

mesures. En juin 2000, le GAFI a commencé son «Non Cooperative Countries and Territories Exercise (NCCT)», dont la visée est d'identifier les pays et les juridictions qui ne répondent pas aux critères contre le blanchiment de capitaux du GAFI. Le GAFI a également suscité la création et le renforcement d'organes régionaux de type GAFI. L'enquête annuelle sur les typologies de blanchiment de capitaux, présidée par la Norvège en 2001, s'est concentrée sur un certain nombre de questions essentielles telles que: les services bancaires en ligne et les casinos sur l'internet; l'utilisation des fiducies; les autres structures non constituées en société et le blanchiment de capitaux; les avocats, notaires, comptables et autres professionnels; le rôle des espèces par rapport aux autres moyens de paiement dans les mécanismes de blanchiment de capitaux; le blanchiment de capitaux lié au terrorisme. Enfin, la Banque centrale européenne et Europol se sont vu accorder le statut d'observateur dans le cadre du GAFI (voir <http://www.oecd.org/FATF>).

Références et sources du chapitre 2

Rapports nationaux sur le phénomène de la drogue (2001) de tous les États membres de l'UE et de la Norvège.

Beenackers, E. M. Th. (2000), *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bowstenen voor een toetingskader; Een literatuuronderzoek (Onderzoekennotities 2000/1)*, Den Haag, Ministerie van Justitie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) (*).

Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D., et Trautmann, F. (2000), «Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centres in Australia», *Drug and Alcohol Review*, vol. 19, p. 337-346.

DPAS (Drugs Prevention Advisory Service — service de conseil en matière de prévention de la drogue), ministère britannique de l'intérieur (2000), «Criminal Justice — a golden opportunity», *Access*, première édition, p. 1 et 2.

Europol (2001), *European Union situation report on drug production and drug trafficking, 2000-2001*, Europol, The Hague.

Feistritz, G. (2001), *Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien*, IFES, février 2001, Vienne.

Hope, V., Judd, A., et Hickman, M., e.a. (2001), «Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?», *American Journal of Public Health*, vol. 91, Issue 1, p. 38-42.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C., et Griffiths, P. (1998), «Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 5 (2), p. 185-194.

Hunt, N., Britton, J., Derricott, J., et Preston, A. (2001), «Making harm reduction work: Harm reduction and injecting drug

users», *DrugScope*, ministère de la santé et université du Kent, Londres et Canterbury.

Hunter, G. M., Stimson, G. V., Judd, A., Jones, S., et Hickman, M. (2000), «Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England», *Addiction*, vol. 95, p. 1351-1361.

OEDT (2002), *Objectif drogues*, «Dossier stratégique n° 2 — Les usagers de drogues et la législation dans l'UE», OEDT, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

OEDT (2002), *Objectif drogues*, «Dossier stratégique n° 4 — L'usage de drogues par injection», OEDT, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

OMS (1998), *Opioid Overdose: Trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organisation mondiale de la santé, programme sur l'abus de drogues, division de la santé mentale et de la prévention de l'abus de drogues, Genève.

Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (2001), *Final Progress Report*, Bonn et Marseille.

Setbon, M., et De Calan, J. (2000), *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellés*, CNRS-GAPP/OEDT, Paris (*).

Skolverket (2000), «Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger», *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*, Skolverket, Stockholm.

Smyth, B., McMahon, J., O'Connor, J., et Ryan, J. (1999), «Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 6 (2), p. 257-264 (*).

Stöver, H. (2002), «Consumption rooms — Between health orientation and public order», *Journal of drug issues* (à l'impression).

Turnbull, P., Mc Sweeney, T., et Hough, M. (2000), «Drug Treatment and Testing Orders — the 18-Month Evaluation», *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M., et Zomerveld, R. (1999), *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitie-bele verslaafden*, Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (*).

Wiessing, L. G., Denis, B., Guttormsson, U., e.a. (2001), «Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union», *Proceedings of 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting, Durban South-Africa, 5-7 July 2000*, National Institute on Drug Abuse — National Institutes of Health — U.S. Department of Health and Human Services.

Winstock, A. R., Wolff, K., Ramsey, J. (2001), «Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?», *Addiction*, vol. 96, p. 1139-1148.

(*) = référence citée dans le rapport national.

Questions particulières

Ce chapitre étudie trois questions spécifiques relatives au problème de la drogue en Europe: la polytoxicomanie, les traitements réussis et la consommation de drogues en prison.

La polytoxicomanie

La définition générale de la «polytoxicomanie» utilisée par beaucoup d'États membres est la consommation abusive — de façon simultanée ou séquentielle — de plusieurs drogues ou types de drogues par un individu (selon la définition de l'OMS). En Europe, le concept de polytoxicomanie remonte aux années 70. Ce terme est défini dans son sens le plus large comme l'usage d'une drogue illicite ajoutée à une autre drogue licite ou illicite. Toutefois, il existe des différences considérables quant aux produits concernés et aux périodes de référence retenus par les différents États membres. Il semble que ces différences dépendent des données issues des enquêtes disponibles et de la perception des risques associés à un produit ou à l'association de produits particuliers. Les produits concernés sont généralement les principales drogues illicites, l'alcool et les médicaments. Les boissons énergétiques sont parfois en cause et la France inclut le tabac. Les périodes de référence de la consommation vont de six heures à l'expérimentation au cours de la vie.

Si l'on s'en tient à la définition de la polytoxicomanie dans son sens large, tous les usagers de drogues illicites seraient définis en tant que toxicomanes car l'usage d'alcool et/ou de tabac précède presque toujours l'usage de toute forme de drogue illicite. Même lorsque la polytoxicomanie est définie en se limitant aux «drogues illicites», les différences concernant les associations de produits et les modèles de consommation sont telles que l'adoption d'une définition standard a peu de valeur. Dans la perspective de répondre aux préoccupations générales concernant la polytoxicomanie de drogues dans l'UE, nous placerons l'accent sur les risques graves pour la santé.

Tout le monde s'accorde à dire que la polytoxicomanie de drogues a quatre fonctions principales: maximalisa-

tion des effets, équilibrage des effets, maîtrise des effets négatifs et «rechange». Ces informations sur les fonctions de l'association de drogues particulières sont basées sur des témoignages des usagers décrivant leurs tentatives de connaître et de prolonger des expériences agréables (Seppälä, 1999; Strang, e.a., 1993). Les substances utilisées dépendent de la disponibilité au niveau local, de phénomènes de mode et des pratiques de prescription locales lorsque les substances médicales prescrites aux usagers en traitement sont incluses (en Allemagne, en France, en Irlande et au Royaume-Uni).

Risques sanitaires

Les associations de drogues identifiées dans les cas de décès et de surdoses fournissent des indications sur les risques particuliers liés à l'association de drogues (voir encadré à la page suivante).

Les risques sanitaires liés aux associations de substances psychotropes dépendent non seulement des propriétés pharmacologiques et des doses de substances consommées, mais également de multiples caractéristiques individuelles, de facteurs sociaux et environnementaux.

Dans le cadre des «systèmes d'alerte précoce», on note une préoccupation croissante concernant les possibilités de mélange de substances psychoactives dans les pilules vendues sous le nom d'ecstasy, qui, à l'insu des usagers, peuvent présenter des risques sanitaires de polytoxicomanie. Par exemple, au Danemark, en 2001, 10 à 32 % des pilules analysées contenaient plusieurs substances psychoactives. Ces comprimés contenaient principalement de la MDMA et du PMA, du PMMA, du MDE et du MDA (Danemark). En France, deux tiers d'un échantillon analysé de pilules vendues comme de l'ecstasy contenaient de la MDMA associée à d'autres principes actifs — principalement des médicaments.

Exemples d'associations de drogues considérées à haut risque

- Alors qu'il est rare d'être exposé à une surdose en consommant des benzodiazépines seules, l'association d'une dose importante de benzodiazépines et d'une dose importante d'alcool ou d'un opiacé tel que l'héroïne ou la méthadone peut être mortelle.
- Lorsque l'ecstasy est consommée avec de l'alcool, les risques sanitaires sont multipliés car l'alcool altère la régulation thermique et accroît le phénomène de déshydratation.
- Lorsque la cocaïne est consommée avec de l'alcool, cette association peut être plus directement toxique pour le cœur et le foie que la cocaïne ou l'alcool seul. L'alcool est souvent impliqué dans les arrêts cardiaques liés à la cocaïne.
- L'association de différents stimulants, dont les boissons énergétiques, peut conduire à une hyperactivité sympathique qui peut se traduire par une mauvaise régulation thermique et des problèmes cardiaques.

Sources: Leccese, e.a., 2000; DrugScope, 2001.

Surdoses mortelles et non mortelles

Au cours de la dernière décennie, les décès liés à la drogue relatés dans la presse concernaient principalement les rares cas de décès liés à l'ecstasy (Belgique, Danemark, Italie et Royaume-Uni). La presse ne s'intéresse généralement pas aux décès des usagers de drogues à problème. Une grande partie des 7 000 à 8 000 décès directement liés à la drogue (surdoses) enregistrés dans l'UE chaque année concerne des hommes qui consommaient des opiacés depuis plusieurs années (voir chapitre 1 sur les décès liés à la drogue).

Peu de résultats d'analyses toxicologiques des surdoses mortelles et non mortelles associées⁽⁵³⁾ à la consommation de drogues illicites sont disponibles, mais ceux qui le sont révèlent que la plupart des décès sont associés à l'injection d'héroïne combinée à d'autres drogues. Une récente étude menée sur 153 usagers de drogues au Royaume-Uni victimes d'une surdose non mortelle a montré que plusieurs drogues avaient été consommées

dans 111 cas (73 %) (Neale, 2001). En ce qui concerne les surdoses mortelles, au moins une autre drogue ou l'alcool est impliqué dans plus de 50 % des cas au Royaume-Uni et jusqu'à 90 % des cas en Irlande. Les benzodiazépines, l'alcool, la méthadone et la cocaïne sont les substances les plus couramment associées aux opiacés et les surdoses en question sont souvent expliquées par ces associations qui en sont la cause (ONS, 2000a et b; Farrell, 1989; Bennett et Higgins, 1999; Strang, e.a., 1999; Taylor, e.a., 1996)⁽⁵⁴⁾.

Les décès liés à la cocaïne, aux amphétamines ou à la MDMA (ecstasy) sans présence d'opiacés ou de benzodiazépines sont rares et généralement dus à la prise d'autres drogues ou d'alcool.

Autres risques

On considère également que la polytoxicomanie présente un risque particulièrement élevé de conduite dangereuse, mais les données de l'UE sur les drogues et la conduite sont très limitées. Les comportements violents ou agressifs ont récemment été associés à des pratiques combinant consommation accrue d'alcool et de stimulants (Snippe et Bieleman, 1997, Vermaas, 1999).

Tendances

Dans certains pays, le nombre d'accidents mortels qui représentent les conséquences les plus graves de la polytoxicomanie est encore en hausse. Les substances les plus fréquemment identifiées étaient des associations de morphine, de benzodiazépine et d'alcool, avec de récentes hausses nationales ou locales de la cocaïne rapportées en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (voir chapitre 1 sur les décès liés à la drogue pour de plus amples informations).

Préoccupations relatives aux groupes à risque

Les préoccupations tant dans le domaine social que dans le domaine public concernant les décès liés à la drogue, les surdoses et les maladies infectieuses associées à des modèles de polytoxicomanie se concentrent en règle générale sur deux groupes distincts en ce qui concerne le type et les associations de produits et les lieux de consommation.

- Le groupe exposé aux risques sanitaires prouvés scientifiquement les plus importants concerne les

⁽⁵³⁾ Une drogue est considérée comme impliquée ou associée lorsqu'elle s'avère positive en toxicologie ou lorsque des preuves montrent que la drogue a été consommée avant la mort. Cela ne saurait signifier que la drogue est la cause de la mort. Cela peut simplement suggérer que la prise de drogue(s) a été un facteur contribuant à la mort.

⁽⁵⁴⁾ Le tableau 12 EL présente un exemple du nombre de drogues impliquées dans les décès liés aux opiacés en Irlande (version en ligne).

Questions particulières

usagers de drogues à problème, notamment ceux pratiquant l'injection d'opiacés ou d'autres drogues.

- Les médias et le public s'inquiètent également du risque de décès et de surdose pour les usagers de drogues à des fins récréatives qui ne sont pas dépendants et dont la consommation de drogues illicites est principalement limitée à des milieux sociaux spécifiques ou à une certaine période de leur vie. Cette préoccupation est cependant disproportionnée si l'on considère le nombre relativement limité de décès.

Pour les usagers à problème, le nombre et les caractéristiques des patients demandant un traitement dans des centres spécialisés en Europe sont utilisés comme un indicateur indirect. Pour les usagers à des fins récréatives, les résultats d'une vaste enquête européenne sur les usagers à des fins récréatives dans neuf villes européennes et un certain nombre d'études ad hoc sur les personnes fréquentant les discothèques sont disponibles.

Usagers de drogues à problème

Depuis les années 70, on observe que les produits consommés par les usagers à problème varient en fonction de la disponibilité des substances sur le marché et du moment de la vie. Ces usagers peuvent remplacer un produit non disponible par un autre, pas nécessairement du même type (Haw, 1993; Strang, e.a., 1993; Fountain, e.a., 1999).

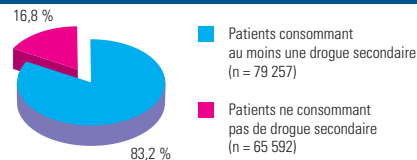
Polytoxicomanie parmi les patients en traitement

Au niveau européen, les données de traitement fournissent des informations sur les drogues principales et secondaires: la drogue principale est la «drogue qui cause le plus de problèmes au patient»⁽⁵⁵⁾ et les drogues secondaires sont ensuite les drogues les plus problématiques. Le système européen d'information sur le traitement, basé sur le protocole relatif à l'indicateur de la demande de traitement (IDT), qui enregistre seulement jusqu'à quatre produits consommés par chaque personne, pourrait être considéré comme une indication indirecte de polytoxicomanie problématique⁽⁵⁶⁾, bien que cela se limite aux usagers en traitement.

La plupart des patients en traitement consomment des drogues secondaires associées à la drogue principale

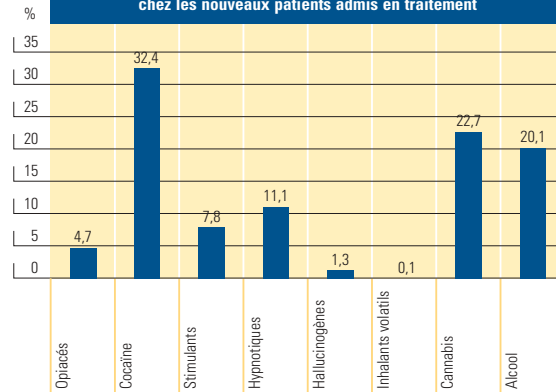
Graph. 23A

Proportion de patients en traitement consommant plusieurs drogues



Graph. 23B

Deuxième drogue la plus problématique chez les nouveaux patients admis en traitement



Sources: Indicateur de la demande de traitement (IDT), données pour 2000 provenant des centres ambulatoires. Rapports nationaux Reitox, 2001.

(83,2 %) (graphique 24 à la page suivante). De nombreux pays font état d'une augmentation de la polytoxicomanie⁽⁵⁷⁾.

Les modèles de polytoxicomanie problématique les plus courants sont les suivants: héroïne associée à d'autres opiacés tels que la méthadone détournée ou aux benzodiazépines; les opiacés associés à la cocaïne, au cannabis et à des stimulants ou à l'alcool; la cocaïne consommée avec de l'alcool ou des stimulants⁽⁵⁸⁾.

Les modèles de consommation varient nettement selon les pays et les sexes. Les données disponibles montrent que, dans certains pays, un modèle unique prévaut, alors que d'autres affichent des associations de drogues différentes. Si l'on se base sur les données disponibles, il semblerait qu'il existe des modèles homogènes dans certains pays, comme la Grèce et l'Italie, notamment pour la distribution de la drogue principale, où l'héroïne est consommée simultanément avec des hypnotiques, des sédatifs, d'autres opiacés ou du cannabis. En Espagne et aux Pays-Bas, où la proportion de patients demandant

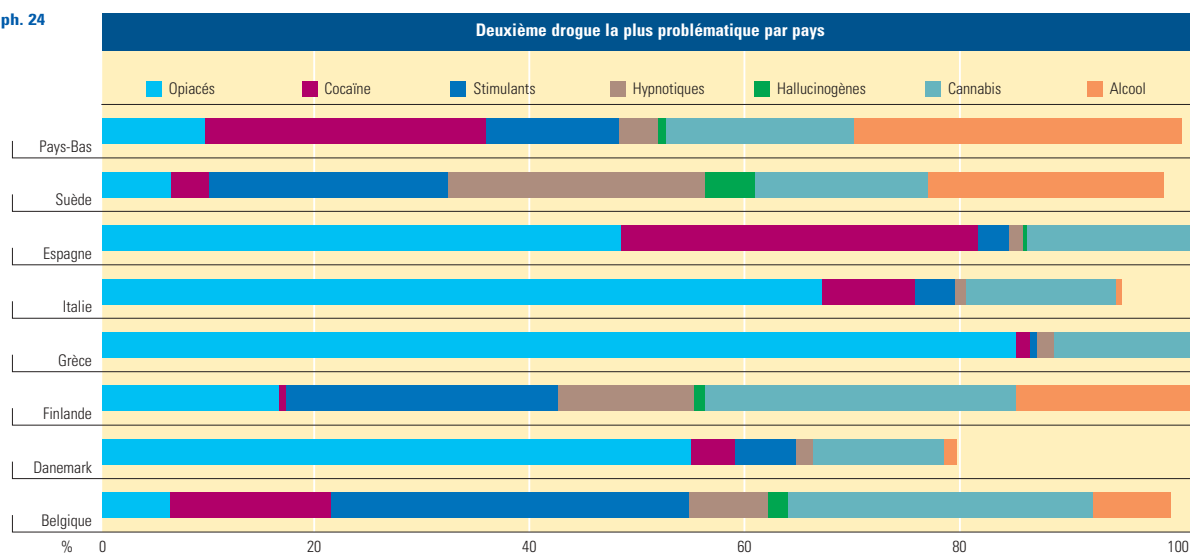
⁽⁵⁵⁾ Dans le cadre du point 14 du *Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0* (protocole standard de l'indicateur de la demande de traitement), la drogue principale est définie comme la «drogue qui cause le plus de problèmes au patient» et le point 19, autre (= secondaire) drogue en association avec la drogue principale, comme indication de polytoxicomanie (voir site web à l'adresse suivante: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

⁽⁵⁶⁾ Les pays disposant de données sur ce thème sont: la Belgique, la Grèce, l'Espagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Finlande et la Suède.

⁽⁵⁷⁾ Voir Rapports nationaux Reitox — Section sur la demande de traitement, graphique 6, sur tous les patients admis en traitement.

⁽⁵⁸⁾ Graphique 16 EL — Caractéristiques communes de l'association de drogues: drogue la plus problématique consommée avec la seconde drogue la plus problématique (version en ligne).

Graph. 24



Sources: Indicateur de la demande de traitement (IDT), données pour 2000 provenant des centres ambulatoires. Rapports nationaux Reitox, 2001.

un traitement pour prise de cocaïne en tant que drogue principale est plutôt élevée, la cocaïne apparaît également fréquemment comme drogue secondaire associée à l'héroïne ou à des stimulants.

En ce qui concerne la ventilation par genre, les polyconsommateurs en traitement sont principalement des hommes, notamment pour ceux consommant de l'héroïne associée à des opiacés et à de la cocaïne ou à de l'alcool; un pourcentage plus important de femmes est relevé parmi les usagers associant des stimulants avec du cannabis, des stimulants et d'autres substances (hypnotiques/sédatifs, volatils) ⁽⁵⁹⁾.

Les personnes consommant du cannabis en plus de leur drogue principale sont généralement âgés de 15 à 24 ans; les polyconsommateurs d'opiacés et de cocaïne sont plus âgés (20 à 39 ans) et ceux qui associent d'autres drogues à l'alcool sont les polyconsommateurs en traitement les plus âgés ⁽⁶⁰⁾.

À partir des données disponibles, les modèles de consommation suivants peuvent être identifiés chez les patients en traitement:

- patients plus âgés, principalement des hommes, consommant des opiacés comme drogue principale associée à d'autres opiacés ou au cannabis;
- patients plus jeunes, hommes et femmes, consommant du cannabis et des stimulants combinés à l'alcool ou à d'autres substances (telles que les hallucinogènes);

- hommes, moins de 30 ans, consommant de la cocaïne associée à l'alcool et à d'autres stimulants;
- hommes, 20 à 39 ans, consommant de l'héroïne et de la cocaïne.

Usagers de drogues à des fins récréatives

La prévalence de la polytoxicomanie est supérieure parmi les jeunes dans les milieux festifs que parmi les jeunes dans d'autres milieux, notamment pour la consommation d'alcool, de cannabis et de stimulants (Calafat, e.a., 1999; ESPAD, 2000). On observe également qu'en Europe, en général, la prévalence de la polytoxicomanie de drogues à des fins récréatives est supérieure chez les hommes et les consommateurs réguliers de cannabis que pour les femmes et les expérimentateurs de cannabis, bien qu'il y ait des disparités géographiques. Une vaste étude européenne sur les usagers de drogues dans des lieux festifs nocturnes en 1998 a montré qu'environ la moitié des usagers de drogues dans le milieu techno déclarait associer l'alcool et le cannabis, suivi par l'alcool et l'ecstasy, et le cannabis et l'ecstasy (Calafat, e.a., 1999). Le tableau 1 montre que la consommation de drogues à des fins récréatives est largement dominée par l'alcool. La majorité des usagers de drogues à des fins récréatives ne consomment pas de grandes quantités de drogues illégales et d'alcool associées, mais les études suggèrent que le pourcentage de «grands consommateurs» augmente. De ce fait, les risques sanitaires et les dommages potentiels à long terme issus de modèles spécifiques de consommation à des fins récréatives suscitent

⁽⁵⁹⁾ Graphique 17 EL — Deuxième drogue la plus problématique par genre (% du total par drogue) (version en ligne).

⁽⁶⁰⁾ Graphique 18 EL — Deuxième drogue la plus problématique par âge (version en ligne).

Questions particulières

des préoccupations croissantes (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath et McEvoy, 1999; Reitox).

Tableau 1

Associations de drogues utilisées par les usagers de drogues à des fins récréatives dans la même nuit	
	%
Alcool et cannabis	50,6
Alcool et ecstasy	11,9
Alcool et cannabis et ecstasy	10,4
Cannabis et ecstasy	8,4
Alcool et cocaïne	7,8
Cannabis et ecstasy, alcool et cocaïne	7,8
Cannabis, alcool et cocaïne	2

Source: Calafat, e.a. (1999), *Night life in Europe and recreational drug use*, Irefrea et Commission européenne, Valence.

La polytoxicomanie excessive dans les lieux festifs est liée à une exposition répétée à la disponibilité et à l'image positive de l'association de drogues entre pairs. Toutefois, la polytoxicomanie excessive est généralement confinée à des événements sociaux particuliers, à des périodes de vacances ou à des phases de la vie particulièrement propices à la vie sociale et aux rencontres (Bellis, e.a., 2000).

Une hausse de la consommation d'héroïne à fumer a été rapportée par certains États membres (France et Italie). Au cours de ces dernières années, les personnes fumant de l'héroïne pendant la phase de descente de l'ecstasy ont suscité des préoccupations particulières, mais les preuves à cet égard sont mitigées ou contradictoires. Par exemple, les études menées en centres de traitement et en milieu carcéral en Irlande montrent que plus de la moitié des usagers de drogues interrogés ont fumé de l'héroïne pour adoucir la «descente» après consommation d'ecstasy, alors que les enquêtes auprès des usagers à des fins récréatives et des 15-16 ans en milieu scolaire révèlent que l'héroïne a encore une image très négative (ESPAD, 2000).

Marché local

Peu de recherches ont été menées sur les marchés de la drogue dans l'UE et il n'est donc pas possible de fournir des informations précises sur les associations de drogues disponibles sur les marchés locaux.

En termes de «marchés», au Royaume-Uni, les médias font régulièrement des rapports sur la revente d'ecstasy, d'amphétamines, de poudre de cocaïne et de cannabis dans les discothèques et les bars destinée à la population fréquentant les milieux festifs. Toutefois, des recherches ont montré aux Pays-Bas que beaucoup de jeunes fré-

quentant les discothèques se procurent la drogue par le biais d'amis et non de dealers. Certains des marchés fréquentés par ceux qui achètent ou vendent de l'héroïne, de la cocaïne crack et des substances prescrites (telles que les benzodiazépines) sont bien connus, mais sont généralement distincts de ceux des jeunes fréquentant les milieux festifs. Des substances différentes sont vendues sur différents marchés: certains se concentrent sur des substances prescrites détournées, alors que d'autres concernent principalement l'héroïne et/ou la cocaïne crack. Dans le cas des substances prescrites détournées, la distribution est assurée par un grand nombre de personnes qui vendent chacune un peu ou toutes les substances qui leur ont été prescrites (Edmunds, e.a., 1996; Fountain, e.a., 1999).

Interventions en matière de polytoxicomanie

Des interventions ont été conçues pour deux groupes cibles distincts: les usagers de drogues à problème et les jeunes usagers de drogues à des fins récréatives.

Usagers de drogues âgés à problème

Dans le contexte des usagers de drogues âgés à problème, la prévention des risques liés à la drogue est essentielle en raison des possibles conséquences imprévues. Les messages visent dans ce cas à bien informer les usagers de drogues sur les effets des drogues spécifiques et sur les conséquences de la polytoxicomanie ainsi que sur la façon de réagir aux urgences liées à la drogue.

La polytoxicomanie s'est révélée plus difficile à traiter que la consommation simple. Les États membres ne disposent pas de programmes de traitement spécifiques pour des associations de drogues particulières, et ils ciblent davantage les comportements que les substances. Toutefois, en cas de traitement pour soins aigus et de sevrage, l'expérience acquise en matière de polytoxicomanie pourrait être très pertinente.

L'association de l'héroïne et des benzodiazépines a une incidence sur l'efficacité du traitement. Si la consommation d'opiacés est traitée alors que l'usage de benzodiazépine coexistant est négligé, cela peut nuire à l'efficacité d'un traitement de substitution, par exemple à la méthadone. Au Royaume-Uni, les directives officielles de prescription (Department of Health, e.a., 1999) soulignent que les stimulants ne devraient pas être prescrits à des polyconsommateurs.

Dans tous les pays hormis la Suède, il est extrêmement difficile d'obtenir des substances autres que les opiacés dans le cadre des traitements médicalement assistés, par exemple à la méthadone. Dans d'autres pays, l'avantage d'avoir des contacts réguliers avec les usagers de

drogues dans le cadre de programmes de substitution est évidemment considéré comme plus important que l'inconvénient de l'usage concurrent d'autres drogues. En Suède, toutefois, les polyconsommateurs ne sont pas acceptés dans le traitement à la méthadone quelle que soit la gravité du problème d'héroïnomanie.

La comorbidité psychiatrique est souvent diagnostiquée chez les polyconsommateurs. On relève au Danemark, aux Pays-Bas et en Autriche un nombre élevé, et probablement croissant, de polyconsommateurs admis en hôpitaux psychiatriques.

Il existe peu de recherches sur l'efficacité du traitement des polyconsommateurs. Généralement, l'adaptation du traitement à chaque cas spécifique contribue à la réussite du traitement. L'étude *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) au Royaume-Uni montre que, après un an, les usagers d'opiacés consommant fréquemment des stimulants à l'arrivée étaient parvenus à réduire de façon importante les niveaux de consommation d'opiacés et de stimulants (Gossop, e.a., 1998). En Grèce, les programmes de substitution indiquent que les interventions de traitement contribuent à réduire la polytoxicomanie (Kethea et NSPH, 2001).

Le développement de programmes de traitement spéciaux pour les polyconsommateurs est considéré comme nécessaire dans le rapport national allemand, et le Royaume-Uni suggère de diffuser des exemples de bonnes pratiques. La Finlande souligne la nécessité d'assurer des formations, et quelques activités pour former le personnel soignant à s'occuper des polyconsommateurs sont déjà en cours.

Usagers de drogues à des fins récréatives

Certains pays (Espagne, France et Italie) ont lancé de vastes campagnes médiatiques pour mettre en garde contre la polytoxicomanie dans les milieux festifs. En Italie, une campagne de ce type a été soutenue par des initiatives locales lors d'événements importants rassemblant des jeunes. Toutefois, on ne mentionne pas toujours des substances spécifiques ni clairement les conséquences de la consommation. Dans d'autres pays (Belgique, Allemagne, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni), ces avertissements et conseils en matière de santé sont proférés par des usagers de drogues ou des groupes de pairs et d'entraide.

Les projets de test de pilules peuvent informer les usagers sur le contenu dangereux et imprévu des pilules sur site, par le biais de magazines et d'affiches ou par l'internet. Par exemple, à l'automne 2000, le projet autrichien «*ChEck iT!*» a décelé plusieurs pilules vendues

comme de l'ecstasy contenant du PMA/PMMA et a immédiatement placé des avertissements sur site et sur l'internet (Kriener, e.a., 2001). En novembre 2001, le projet néerlandais DIMS, par exemple, fournit une alerte précoce sur les pilules contenant du PMA.

Les traitements destinés aux consommateurs de plusieurs drogues dans le milieu festif sont quasiment inexistantes. Une raison pourrait être que la plupart des services de drogues ne sont équipés que pour traiter les problèmes d'opiacés et de dépendance graves.

Questions politiques

Les rituels et les contrôles sociaux auxquels se plient les polyconsommateurs pour atteindre les effets recherchés tout en limitant simultanément les risques doivent être étudiés pour mieux comprendre les circonstances sociales et environnementales qui contribuent aux risques parmi les différents groupes d'usagers (Boys, e.a., 2000; Decorte, 1999; Akram et Galt, 1999).

La prévention, notamment dans les milieux festifs, devrait comprendre des orientations claires et des conseils sur les risques encourus en cas de polytoxicomanie. Il est nécessaire de disposer de connaissances davantage fondées sur des constats probants afin de déterminer quels sont les meilleurs soins possibles pour les polyconsommateurs et notamment pour les usagers à problème souffrant de troubles mentaux.

Pour mieux comprendre les risques pharmacotoxicologiques de certaines associations, la priorité est pour les médecins hospitaliers de suivre les patients suspectés d'intoxication en matière de drogues et de fournir des informations basées sur des preuves concernant les problèmes de santé grave et à long terme.

Traitements réussis

Dans le plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004), le troisième objectif stratégique consiste à «augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès». Malgré l'absence de données cumulées à l'échelle européenne mesurant directement l'état d'avancement vers cet objectif, de multiples évaluations ont été menées en Europe pour déterminer si le traitement des toxicomanies était efficace et lequel donnait les meilleurs résultats. Le bilan des traitements réussis est présenté ici selon le type de traitement utilisé: le traitement du syndrome de sevrage, l'abstinence sans traitement pharmacologique et le traitement médicalement assisté. Les critères de réussite varient au sein des différents types de traitements et sont également liés à la réinsertion et à la réadaptation sociales des patients après le traitement.

Questions particulières

Traitement du syndrome de sevrage

Le traitement du syndrome de sevrage, ou désintoxication, est en général considéré comme la première phase du processus de traitement complet. Cette intervention vise, dans un premier temps, à un sevrage physique, grâce auquel le patient n'est plus en état de manque, et dans un deuxième temps, à transférer ou à orienter le patient vers l'abstinence sans traitement pharmacologique. En Suède et en Finlande, cette étape est obligatoire pour commencer tout traitement à la méthadone.

Le traitement du syndrome de sevrage a fait l'objet d'évaluations dans tous les États membres et la Norvège, mais, globalement, il reste le traitement le moins évalué. D'une manière générale, le traitement du syndrome de sevrage avec des médicaments tels que la naltrexone, la clonidine, la lofexidine ou la buprénorphine s'est avéré efficace dans la baisse de signes et de symptômes de sevrage, bien que les effets des différents types de syndrome de sevrage varient selon les médicaments (Greenstein, e.a., 1997). La méthadone est largement utilisée pour le traitement du syndrome de sevrage bien que des résultats de recherches suggèrent que la méthadone offre des atouts dans la thérapie de maintenance.

Le traitement du syndrome de sevrage sans médication, appelé «sevrage brutal», est utilisé, bien qu'on ne sache pas dans quelle mesure. Il n'existe pas non plus de rapports sur les effets et les résultats du traitement du syndrome de sevrage sans médication, contrairement au traitement du syndrome de sevrage médicalement assisté. Le tout récent concept de désintoxication rapide à l'aide de la naltrexone sous narcose complète (quelquefois appelé «traitement de sevrage express») doit faire l'objet de recherches plus approfondies.

Une méthode suivie au Portugal associant la délivrance de naltrexone à une psychothérapie a permis, après trois mois de traitement, d'améliorer de façon significative les variables sociodémographiques et psychologiques, ainsi que les comportements à risque (Costa, e.a., 2000). À titre expérimental, un traitement de désintoxication des consommateurs de méthadone à la naltrexone sous narcose totale a été mené en Allemagne. Les patients ont été dans l'ensemble satisfaits du traitement, mais 50 % d'entre eux ont souffert de fortes gênes durant le premier mois du traitement. Six mois après la fin du traitement, un tiers des patients n'avaient pas consommé de drogues dures (Tretter, e.a., 2001).

Bien que certaines interventions de traitement du syndrome de sevrage aient fait l'objet d'une évaluation, il est nécessaire de mieux connaître le pour et le contre des différentes modalités et de connaître de manière plus

approfondie le type de traitement du syndrome de sevrage le mieux adapté à chaque patient.

Abstinence sans traitement pharmacologique

L'abstinence sans traitement pharmacologique, par des techniques physiques et sociales, vise en premier l'abstinence et, à long terme, l'absence d'état de manque chez le patient. Le critère essentiel de réussite dans l'abstinence sans traitement pharmacologique est de parvenir à la fin du traitement à l'abstinence prévue, bien que d'autres critères, tels que l'amélioration du bien-être psychologique, social et économique du patient, soient également importants. La réduction de la criminalité et des comportements à risque ainsi que l'amélioration de l'état de santé et du bien-être du patient constituent autant de retombées positives non négligeables.

Les évaluations relatives à l'abstinence sans traitement pharmacologique ont montré que, jusqu'à un certain point, cette pratique parvenait à atteindre ses objectifs (Gossop, e.a., 2001). Les résultats de cette évaluation varient de façon considérable, mais, en général, 30 à 50 % des patients admis en traitement le terminent avec succès. Une étude danoise conclut que, selon le type d'intervention d'abstinence sans traitement pharmacologique, le taux de réussite des traitements oscille entre 17 et 58 % (Pedersen, 2000).

Une autre notion largement reconnue est le lien entre la durée du traitement et les résultats obtenus. En d'autres termes, plus le traitement par abstinence est long, plus les résultats sont satisfaisants. Une étude allemande confirme cette idée en suggérant une corrélation directe entre taux de rétention/durée du traitement et résultats obtenus (Sonntag et Künzel, 2000). Des recherches ont tenté d'identifier le seuil à partir duquel les résultats positifs à la suite du traitement sont susceptibles de s'améliorer. Il ressort d'une étude que, un an après la fin du traitement, les patients hospitalisés pendant les 90 jours du traitement ont obtenu de meilleurs résultats concernant l'abstinence d'opiacés et de stimulants, et la réduction de l'injection de drogues, que ceux qui l'avaient arrêté avant (Gossop, e.a., 1998). Une étude grecque confirme que les patients ayant arrêté le traitement après trois mois n'ont diminué leur consommation ultérieure d'héroïne que de 11 %, contre 76 % pour ceux qui avaient continué le traitement pendant un an (Kethea-NSPH, 2001).

Quant à l'efficacité à long terme, une étude autrichienne a conclu qu'un plan de traitement mettant l'accent sur des interventions sociales et psychothérapeutiques augmentait sensiblement les compétences sociales et la satisfaction subjective des patients, d'où leur meilleure stabilité à long terme (Wirth, 2001).

La *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) (étude nationale des résultats relatifs à la recherche sur les traitements) a été lancée en 1994 à la demande du ministre britannique de la santé pour mesurer l'efficacité des services de traitement des toxicomanies au Royaume-Uni. NTORS a sélectionné 1 075 patients pour le projet en 1995 et les a suivis sur une période de cinq ans consécutifs. Un échantillon aléatoire stratifié de 650 patients a été sélectionné et suivi dans le cadre de quatre modalités de traitement différentes: ambulatoire, résidentiel, réduction de la méthadone ou maintien à la méthadone. Le principal enseignement de l'étude est que l'état des individus traités s'améliore sensiblement, selon des paramètres tels que la prise de drogues, la fréquence des injections, le partage de seringues et la santé mentale des individus. L'ensemble de la cohorte cumulée a montré des améliorations en termes de prise d'héroïne, quelque 75 % consommant régulièrement de l'héroïne, contre quelque 40 % dans les quatre à cinq ans qui suivent. La consommation régulière de méthadone sans ordonnance est passée de 30 % en début de traitement à moins de 10 %, et le partage de seringues avait diminué, passant de quelque 20 % en début de traitement à environ 5 %. Les résultats relatifs à la santé mentale ont également statistiquement montré une nette amélioration entre l'état des patients en début de traitement et quatre à cinq ans plus tard.

Des évaluations concernant l'abstinence sans traitement pharmacologique ont été effectuées à travers toute l'Europe, appliquant diverses méthodologies, et fournissant un bon aperçu de ce traitement, en particulier au cours de la dernière décennie. Des recherches plus approfondies demeurent néanmoins nécessaires dans certains domaines afin de mieux appréhender les phénomènes apparus récemment. L'efficacité de l'abstinence sans traitement pharmacologique chez les cocaïnomanes, les consommateurs d'amphétamines, ainsi que chez d'autres catégories de population spécifique, en est un exemple. Quelques études à grande échelle permettent également d'évaluer le nombre de patients ne rechutant pas à long terme après un traitement réussi.

Traitement médicalement assisté

Le traitement médicalement assisté (qui inclut le traitement de substitution) utilise des médicaments agonistes ou antagonistes dans la thérapie proposée aux patients. Les médicaments agonistes (par exemple la méthadone) activent les récepteurs d'opiacés dans le cerveau, et les médicaments antagonistes (par exemple la naltrexone) limitent ou éliminent l'effet d'autres drogues illicites consommées. L'objectif du traitement médicalement assisté peut être l'abstinence, mais également de maintenir le patient en traitement médical à long terme. Que la

finalité soit l'abstinence ou la réduction des risques de la toxicomanie, les objectifs intermédiaires communs consistent à réduire la consommation de drogues illicites et les risques de maladies infectieuses, à améliorer l'état mental et physique du patient et à réduire la criminalité liée à la drogue.

La maintenance à la méthadone est le type de traitement médicalement assisté le plus largement pratiqué. Comme l'implique la «maintenance», ce type d'intervention ne vise pas l'abstinence, mais à garder le patient en traitement de maintenance, en réduisant ainsi les activités criminelles, les comportements à risque (et en conséquence les risques de contracter des maladies infectieuses) et en améliorant l'état de santé et la situation sociale.

Le traitement médicalement assisté a été largement évalué dans toute l'Europe et s'est en général révélé efficace pour atteindre des objectifs tels que la réduction de la consommation de drogues illicites, des comportements à risque et de la criminalité. En particulier, l'évaluation des traitements médicalement assistés à la méthadone a démontré leur efficacité dans le cadre de ces objectifs (Lowinson, e.a., 1997; OEDT, 2000), bien que la buprénorphine se soit également révélée efficace. Une revue documentaire structurée des essais à la buprénorphine a montré que son principal atout était de réduire les risques de surdoses et la consommation parallèle de drogues illicites (Berglund, e.a., 2001). Tant pour les traitements à la méthadone que pour les traitements à la buprénorphine, il s'est avéré que des doses suffisantes étaient impératives pour parvenir à des résultats positifs.

Malgré ces semblants de «succès», certains pays considèrent que ni la méthode ni la buprénorphine ne sont parvenues à améliorer suffisamment le bien-être des toxicomanes de rue particulièrement démunis, et ils ont donc envisagé d'autres options.

En février 2002, les résultats d'un essai clinique randomisé avec une coprescription d'héroïne pour des patients sous méthadone ont été publiés aux Pays-Bas. Les groupes cibles de l'intervention étaient des héroïnomanes âgés très dépendants pour lesquels les traitements de maintenance à la méthadone n'étaient pas suffisants. Dans la perspective de définir ce groupe cible, un ensemble de critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis, et les sujets ont été sélectionnés à partir du système local d'enregistrement des traitements de maintenance à la méthadone. Au total, 625 patients traités dans six unités de traitement situées aux Pays-Bas ont été sélectionnés et répartis de façon aléatoire en groupe expérimental et en groupe de contrôle. Premièrement, les patients ont été scindés en fonction de la méthode

Questions particulières

d'administration, d'inhalation ou d'injection, puis subdivisés en fonction de l'intervention — traitement uniquement à la méthadone et traitement associant méthadone et héroïne. Le principal résultat de l'étude a été que, pour les héroïnomanes âgés très dépendants, l'association méthadone-héroïne était plus efficace que le traitement à la méthadone seul, quelles que soient les modalités d'administration. L'étude a également révélé que, à la fin des essais, 30 % des patients du groupe expérimental ne satisfaisaient plus les critères d'inclusion (car leur situation s'était considérablement améliorée), alors que ce taux n'était que de 11 % dans le groupe de contrôle (van den Brink, e.a., 2002).

En Allemagne, un essai de prescription d'héroïne médicale pour les usagers d'opiacés a été développé et affiné au cours de ces dernières années. L'essai qui a débuté au printemps 2002 sera mené pendant trois ans dans sept villes allemandes. La principale question est de savoir si et dans quelles circonstances la prescription d'héroïne pour un groupe très démuné d'usagers d'opiacés peut contribuer à améliorer leur situation sur les plans sanitaire, social et juridique. Les patients de l'essai seront divisés de façon aléatoire en un groupe expérimental et en un groupe de contrôle. Ces groupes seront à leur tour divisés en deux groupes bénéficiant de différents types d'interventions psychosociales — un groupe correspondant à la «gestion de cas» et l'autre à la «psychoéducation». L'étude devrait déboucher sur une plus grande connaissance de l'intervention psychosociale et de son efficacité dans le traitement de la dépendance aux opiacés (<http://www.heroinstudie.de/>).

Au Danemark, une alternative à un projet sur l'héroïne a été lancée pour 2000-2002 dans la perspective de mener des projets pilotes spécifiques pour les toxicomanes en traitement à la méthadone, comprenant des activités psychosociales importantes. L'évaluation qualitative et quantitative permettra d'examiner dans quelle mesure il est possible d'obtenir des résultats similaires, à savoir une meilleure condition sociale, sanitaire et mentale, la réduction des maladies infectieuses et de la criminalité ainsi que le développement des relations sociales.

Conclusions et perspectives futures

La réussite dépend de l'objectif d'un traitement donné, et, par conséquent, cette réussite doit être évaluée en fonction des objectifs définis au départ. De nombreuses recherches ont déjà permis, en confrontant les objectifs et les résultats, de mieux cerner et de connaître l'efficacité et/ou la réussite de différents types de traitements.

Un résultat important est par exemple que les taux de rétention sont essentiels pour la «réussite» du traitement, mais il convient d'accroître les connaissances sur la façon de garder les patients en traitement ou, en d'autres termes, d'identifier les éléments qui en traitement permettent d'améliorer le taux de rétention. Il est très difficile d'identifier les «ingrédients actifs» de tout type de traitement et il est impératif d'améliorer les performances des services de traitement et ainsi d'améliorer les résultats du traitement.

Toutefois, les connaissances théoriques sont une chose, mais la mise en pratique en est une autre. On note par exemple l'importance des interventions psychosociales accompagnant les traitements médicalement assistés, qui, selon la plupart des recherches, contribuent de façon importante au succès, mais qui ne sont pas encore correctement mises en œuvre dans la pratique.

Au cours de ces dernières années, l'accent a été placé sur l'expansion des services de traitement, ce qui a été réalisé dans une large mesure. Le défi est désormais d'étendre l'éventail des services de traitement et d'ajuster les interventions elles-mêmes afin d'accroître leur «réussite».

La consommation de drogues en prison

La présence et la consommation de drogues ont fondamentalement modifié la réalité de la prison au cours des deux dernières décennies et, aujourd'hui, tous les pays européens connaissent des problèmes majeurs en matière de drogues et de maladies infectieuses liées à la drogue en milieu carcéral.

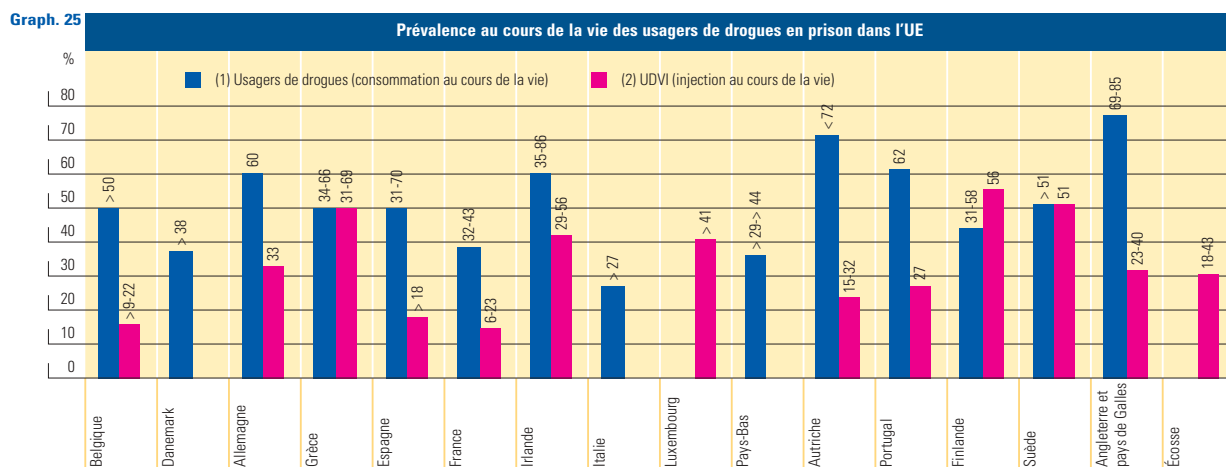
Demande de drogues en prison ⁽⁶¹⁾

Rares sont les informations génériques nationales sur l'usage de drogues, les modèles de consommation et les conséquences parmi les prisonniers. La plupart des données disponibles dans l'UE proviennent d'études ad hoc menées au niveau local auprès d'un petit échantillon de prisonniers, ce qui rend les extrapolations particulièrement difficiles.

Prévalence des usagers de drogues en prison

La population carcérale peut être considérée comme un groupe à haut risque en termes de consommation de drogues. En fait, par rapport à la communauté, les usagers de drogues sont surreprésentés en prison. Dans l'UE, la proportion de détenus déclarant avoir déjà

⁽⁶¹⁾ Voir également le tableau «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE» (version en ligne).



NB: (1) (2): voir version en ligne pour de plus amples informations. Les valeurs des graphiques sont issues des données fournies par les enquêtes ou les études menées dans les États membres. La version en ligne du Rapport présente des informations plus détaillées sur les sources de données originales.

Sources: Points focaux nationaux Reitox; voir également tableau en ligne «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE».

consommé une drogue illicite varie selon les prisons et les pays entre 29 et 86 % (plus de 50 % dans la plupart des études) (graphique 25). Comme dans la communauté, le cannabis est la substance la plus fréquemment expérimentée, mais plusieurs études révèlent également des taux élevés pour l'expérimentation de l'héroïne (près de 50 % des détenus ou plus dans certains cas).

Selon différentes études, les prisonniers déclarant une consommation plus régulière et/ou risquée telle que la consommation par voie intraveineuse, la consommation régulière ou la dépendance représentent 6 à 69 % de la population carcérale.

Niveau de la consommation de drogues en prison

L'incarcération n'implique pas automatiquement l'arrêt de la consommation de drogues. La plupart des usagers de drogues ont tendance à cesser ou à réduire leur consommation après l'emprisonnement en raison d'une disponibilité moindre des drogues illicites. Toutefois, certains continuent à se droguer, et même de façon plus importante dans certains cas, et d'autres commencent une fois détenus.

Entre 16 et 54 % des détenus déclarent consommer de la drogue en prison, et 5 à 36 % ont une consommation régulière. Entre 0,3 et 34 % de la population carcérale a déjà pratiqué l'injection en prison.

On relève également des cas d'initiation à l'usage de drogues et à l'injection en prison. Selon plusieurs études menées en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Irlande, en Italie, en Autriche, au Portugal et en Suède, 3 à 26 % des usagers de drogues en prison indiquent s'être drogués pour la première fois en prison,

alors que 0,4 à 21 % des UDVI incarcérés ont commencé à pratiquer l'injection en prison (RN, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Femmes toxicomanes en prison

Le nombre de femmes détenues est plus faible que le nombre d'hommes détenus. Néanmoins, la consommation de drogues semble particulièrement importante pour la population féminine en prison. Lorsque des données sont disponibles, elles montrent une proportion d'usagers de drogues supérieure pour les femmes détenues — en examinant la prévalence de la consommation sur les six derniers mois au Danemark, la prévalence sur l'année précédente et au cours de la vie de la consommation d'héroïne en Irlande et la proportion de prisonniers ayant des problèmes de drogues et des problèmes graves de drogues en Suède.

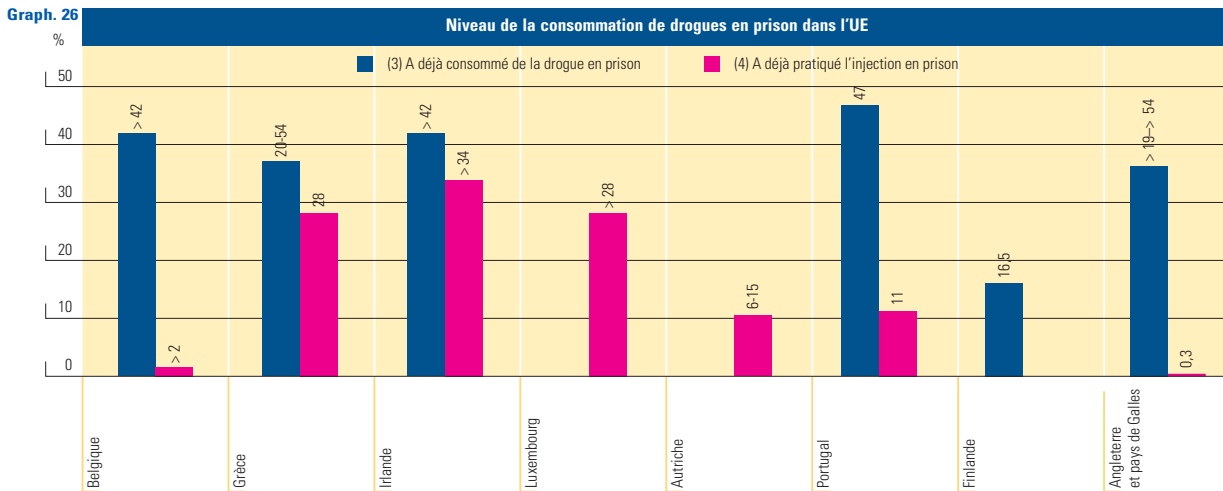
En ce qui concerne les comportements à risque en prison, les études menées en Allemagne (RN, 2001) et en France (WIAD-ORS, 2001) révèlent une proportion supérieure chez les femmes toxicomanes que chez les hommes prisonniers partageant des drogues, partageant le matériel d'injection et se prostituant, alors que d'autres études menées en Autriche (RN, 2001) et en Angleterre et au pays de Galles (WIAD-ORS, 2001) font état de davantage de partage du matériel d'injection chez les détenus hommes.

Conséquences sanitaires et légales

Comportements à risque

Les études menées en Belgique, en Allemagne, en Grèce, en France, en Irlande, au Luxembourg, en Autriche et au

Questions particulières



NB: (3) (4): voir version en ligne pour de plus amples informations. Les valeurs des graphiques sont issues des données fournies par les enquêtes ou les études menées dans les États membres. La version en ligne du Rapport présente des informations plus détaillées sur les sources de données originales.
Sources: Points focaux nationaux Reitox; voir également tableau en ligne «Proportion des usagers de drogues parmi les détenus dans l'UE».

Royaume-Uni (RN, 2001) révèlent une proportion élevée d'UDVI en prison qui partagent le matériel d'injection. En prison, l'usage de drogues par voie intraveineuse est souvent associé au partage du matériel d'injection et, dans certains cas, jusqu'à 100 % des UDVI rapportent cette pratique. Une étude au Luxembourg (RN, 2001) montre que, dans 70 % des cas, les seringues ne sont nettoyées qu'à l'eau, et dans 22 % des cas, elles ne sont pas nettoyées du tout. Les données disponibles révèlent que le partage du matériel d'injection est plus fréquent en prison que dans la communauté.

Une étude multicentre menée dans certaines prisons en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, au Portugal et en Suède en 1996-1997 (WIAD-ORS, 2001) révèle la présence de davantage de tatouages et de piercings au cours de l'incarcération pour les UDVI que pour les non-UDVI. Les UDVI affichent également des taux plus élevés en matière de rapports sexuels non protégés en Belgique, en Allemagne, au Portugal et en Suède, mais inférieurs dans d'autres pays.

Maladies infectieuses

Des données sur le VIH et le virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) en prison ont été fournies par la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne (VHC seulement), la France, l'Irlande et le Luxembourg (RN, 2001). Ces données proviennent d'études locales menées dans quelques prisons et ne sont donc pas représentatives de la situation nationale. La prévalence du VIH parmi les UDVI oscille entre 0 et 13 % dans les prisons étudiées. Le pourcentage de tests positifs au virus de l'hépatite C est bien supérieur, entre 14 et 100 %, chez les UDVI selon le centre pénitentiaire et le pays. Comme dans la communauté, la prévalence du

VIH et du virus de l'hépatite C est supérieure pour les UDVI que pour les non-UDVI.

Sanctions pour consommation/possession de drogues

Les détenus surpris en possession de drogues illicites sont généralement sanctionnés et punis conformément au règlement carcéral. L'incident peut être consigné dans le dossier personnel du prisonnier. Les sanctions les plus communément appliquées sont la restriction des droits (visites d'amis ou de la famille, appels téléphoniques), la privation des permissions, l'expulsion des ailes de traitement spécialisées et/ou la cellule d'isolement.

La possession de drogues peut avoir des conséquences sur l'application de la peine. Par exemple, au Danemark, le risque est de ne pas se voir accorder la liberté sur parole après avoir purgé les deux tiers d'une peine. Au Royaume-Uni, lorsqu'une analyse d'urine est positive, la peine peut être allongée d'au moins quelques jours supplémentaires.

Les prisonniers trouvés en possession de drogues peuvent également être mis en examen et poursuivis en dehors de la prison.

Disponibilité et offre de drogues en prison

Disponibilité des drogues

L'accès aux drogues illicites est bien plus difficile dans l'enceinte de la prison que dans la communauté. Toutefois, on observe que les drogues illicites sont facilement disponibles en prison pour ceux qui en souhaitent — principalement du cannabis, de l'héroïne et des substances médicamenteuses (benzodiazépines), et tout peut être obtenu en échange d'un paiement.

Les prisonniers font état de disparités importantes en termes de qualité, de continuité et de prix des drogues illicites au sein des prisons. On estime que le prix des drogues est deux à quatre fois supérieur qu'à l'extérieur, ce qui rend les drogues 10 à 20 fois plus coûteuses en termes de pouvoir d'achat. Les formes de paiement autres que l'argent sont très utilisées: échange de services (prostitution, nettoyage de la cellule) ou de biens (cartes téléphoniques, tabac) et/ou participation au trafic de drogues.

Contrebande et trafic

Différents moyens permettent de se procurer de la drogue en prison. Tous les contacts avec le monde extérieur sont autant d'occasions pour faire entrer de la drogue en prison: au cours des visites (dans les vêtements des visiteurs ou dans leurs cavités corporelles, dans de la nourriture), des transferts ou trajets au tribunal pour le procès, à la suite d'une permission, par courrier (colis). Les drogues cachées dans des balles peuvent être lancées au-delà des murs de la prison. Elles font également l'objet de contrebande par le personnel pénitentiaire.

La distribution et le trafic de drogues varient d'une prison à l'autre et entre les pays. La Belgique fait état (RN, 2001) d'un trafic au niveau individuel et au niveau de réseaux pyramidaux au sein desquels (comme dans la communauté) les dealers de haut niveau organisent le commerce de la drogue mais n'en consomment pas eux-mêmes. L'Allemagne rapporte (RN, 2001) un trafic à petite échelle impliquant beaucoup de prisonniers par le biais de différentes filières et sans organisation centrale. Une étude récemment menée dans la prison de Mountjoy en Irlande (RN, 2001) révèle un système basé sur des arrangements personnels: ceux qui ont accès aux drogues dans la communauté les font rentrer dans la prison et les distribuent à leur réseau personnel. La vente de drogues en prison est beaucoup plus pénible que dans la communauté, avec des cas d'intimidation, de chantage et de criminalité.

Différentes mesures de prévention ont été mises en place pour faire face au trafic de drogues — de façon systématique ou en cas de suspicion. Il s'agit de fouilles des cellules, de fouilles au corps après les permissions, d'interdiction des colis, de surveillance des visites et d'installation d'un filet au-dessus de la cour de la prison. Le Royaume-Uni a récemment pris des mesures pour réduire l'offre en ayant davantage recours à des chiens

pour dissuader et repérer les passeurs et interdire l'accès aux visiteurs qui ont été pris pour avoir introduit de la drogue dans l'enceinte de la prison.

Les saisies de drogues illicites en prison ou à l'entrée sont relevées dans beaucoup de pays, généralement en petites quantités. Du matériel d'injection, des chillums et autres accessoires ont également été trouvés au cours des inspections.

Politique de réduction de la demande en prison

Les mesures actuelles en matière de réduction de la demande au sein des prisons consistent principalement à dissuader les usagers de drogues avec des contrôles renforcés, tels que les fouilles des cellules et les dépistages aléatoires combinés à des sanctions ou à des pertes de privilèges. Par exemple, en Suède, les prisonniers font en moyenne deux à trois analyses d'urine par mois.

Face à un nombre croissant d'usagers de drogues, les systèmes pénitentiaires ont mis en place des unités spécialisées de soins des toxicomanes (par exemple aux Pays-Bas), des services de drogues centralisés dans des prisons spécifiques (Irlande et Autriche) ou ont «importé» l'expertise en matière de prise en charge des toxicomanes d'agences extérieures.

Depuis 1995, on note une expansion des services destinés aux usagers de drogues en prison (Ambrosini, 2001) et des mesures pour prévenir la transmission des maladies infectieuses. Par rapport à la communauté toutefois, les retards sont importants. L'offre actuelle en matière de services de soins aux toxicomanes ne correspond pas aux besoins estimés à plus de 50 % d'usagers de drogues parmi la population carcérale.

Étant donné que beaucoup d'usagers de drogues retournent en prison plusieurs fois avec des problèmes identiques ou plus graves de consommation et de maladies infectieuses, les administrations pénitentiaires ont dû reconnaître la nécessité de lutter contre la toxicomanie, la consommation de drogues, les risques connexes et les conséquences sanitaires de façon plus systématique en milieu carcéral. Une évolution récente dans beaucoup de pays de l'UE qui reflète cette prise de conscience est l'adoption de véritables «stratégies de lutte contre la drogue en prison», des directives sur les soins et le traitement des détenus toxicomanes ou l'élaboration de normes de qualité pour des services spécifiques⁽⁶²⁾. Les stratégies relatives à la consommation de drogues en pri-

⁽⁶²⁾ Tableau 13 EL — Récentes stratégies, directives ministérielles et normes de services sur la consommation de drogues en prison dans l'UE et en Norvège (version en ligne).

Questions particulières

son prévoient généralement diverses mesures pour traiter des prisonniers, dissuader la consommation de drogues et réduire l'offre de drogues.

Traitement de la toxicomanie

Les services sanitaires en prison sont traditionnellement assurés par le propre personnel soignant de la prison sous la tutelle du ministère de la justice, mais les systèmes pénitentiaires dans l'UE et en Norvège reposent en grande partie sur des expertises et des ressources externes supplémentaires en matière de prise en charge sanitaire des toxicomanes. Dans leurs efforts pour parvenir à l'«équivalence des soins» entre la communauté et la prison (Conseil de l'Europe, 1993; OMS, 1993), la France (en 1994) et l'Italie (en 2000) ont transféré la responsabilité relative à la prise en charge sanitaire des détenus toxicomanes au ministère de la santé, avec l'implication légale des agences sanitaires locales et régionales. Des accords de coopération concrets entre le système judiciaire et les services de santé publics ou non gouvernementaux ont également été établis en Irlande (1999), au Portugal (1999) et en Espagne (2000) pour améliorer la qualité et la couverture des soins à l'attention des usagers de drogues incarcérés.

Les spécialistes externes des drogues jouent un rôle important en matière de soutien aux toxicomanes dans la plupart des systèmes, voire dans tous les systèmes pénitentiaires européens. Toutefois, l'étendue de la couverture et le niveau de services fournis dans les prisons varient considérablement entre et au sein des pays. Les exceptions notoires en termes de couverture sont: l'Écosse, qui dispose de conseillers en matière de drogues dans chaque prison; l'Espagne, où les services de prise en charge sanitaire des toxicomanes sont disponibles dans 71 prisons sur 73; la Suède, où un tiers du nombre estimé de détenus ayant des problèmes de drogues étaient concernés par des programmes d'incitation au traitement en 2000; l'Angleterre et le pays de Galles, où, depuis 1999, toutes les prisons disposent d'équipes externes spécialisées (CARAT — Counselling Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) destinées à répondre aux besoins des prisonniers toxicomanes de l'admission à la postcure — bien qu'un obstacle majeur semble le manque de possibilités d'aboutissement (Spacca, 2002). En Écosse, les détenus peuvent à présent bénéficier de soins intérimaires au cours des douze premières semaines suivant leur libération afin de faciliter leur retour dans la communauté.

Les services fournis par des agences externes concernent l'information et la formation sur la prévention des drogues en général, les programmes d'incitation au traitement et la préparation à la sortie, y compris des orien-

tations vers des traitements au sein de la communauté et des programmes postcure. En Belgique et en Grèce, les organisations non gouvernementales (ONG) sont jusqu'à présent les premières à assurer les services limités disponibles pour les usagers de drogues en prison. En Allemagne, des agences externes et des services de drogues internes spécialisés travaillent dans les prisons depuis le milieu des années 80, et en 2000, plus de 350 conseillers en matière de drogues fournissaient leurs services dans les prisons allemandes; toutefois, l'étendue de ces services varie entre les différents États fédéraux (Länder). En 2000, la tendance à impliquer des professionnels externes était encore importante en France, et en Italie, les services publics en matière de drogues, Ser.T., ont noté une hausse conséquente du nombre de patients, en raison de leurs nouvelles responsabilités concernant les prisonniers. Le plan national espagnol sur les drogues (2000-2008) considère comme une priorité la participation de spécialistes externes en matière de prise en charge sanitaire des usagers de drogues en prison, et les plans de coopération pluriannuels entre les prisons et les ONG se sont traduits par le fait que la moitié du personnel des services de soins aux toxicomanes (*Grupo de Atención a Drogodependencias* — GAD) dans les prisons espagnoles sont des experts d'ONG externes.

Services fournis

Il semble que la plupart des prisons dans l'UE et en Norvège disposent de supports d'information écrits sur les drogues et les maladies infectieuses liées à la drogue; toutefois, les possibilités systématiques et répétées de traiter les questions de prévention en face à face sont rares et dépendent souvent de l'initiative d'agences externes ou du personnel de la prison à titre individuel.

La désintoxication est en général proposée par les services médicaux des prisons ou dans des unités spécialisées de désintoxication, mais on note souvent l'absence de normes de qualité. Un programme grâce auquel 1 200 à 1 500 détenus ont bénéficié d'une cure de désintoxication par an a été décrit comme «un moyen essentiellement non structuré et non contrôlé, sans suivi ou planification à long terme» (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). Toutefois, des normes de qualité commencent à être instaurées, par exemple l'ordonnance *Prison Service Order* de décembre 2000, qui exige que toutes les prisons en Angleterre et au pays de Galles fournissent des services de désintoxication qualifiés.

Dans certains pays, les agences externes participent aussi directement aux traitements à long terme des toxicomanes. Au Danemark et en Norvège, par exemple, des petits programmes internes pour les usagers de

drogues sont gérés par des agences externes spécialisées en matière de drogues («modèle d'importation») et il existe des traitements de substitution dans les prisons espagnoles, françaises et italiennes. En Espagne, le degré de couverture élevé a été atteint grâce à l'implication massive des services de drogues externes.

Neuf pays de l'UE disposent de programmes de traitement axés sur l'abstinence dans les prisons, et la Norvège compte un programme d'incitation au traitement. Le nombre total de places est très faible par rapport au nombre estimé de détenus ayant des problèmes de drogues. Néanmoins, en Espagne, 8 984 prisonniers ont participé aux 18 programmes de sevrage disponibles en 2000, et en Angleterre et au pays de Galles, 3 100 admissions ont été enregistrées en 2000-2001 dans 50 programmes de traitement intensif. En Suède, 10 % des centres pénitentiaires, pouvant accueillir 500 prisonniers, sont réservés au traitement volontaire et obligatoire des usagers de drogues (Lýsen, 2001), et en Finlande, 18 % des nouveaux prisonniers participent à des programmes de réinsertion pour problèmes d'alcool ou de drogues (Jungner, 2001). La prison autrichienne Favoriten, exclusivement spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes, dispose de 110 places de traitement; le Danemark compte 30 places et l'Irlande 9. Le programme norvégien d'incitation au traitement peut prendre en charge 18 détenus par an ⁽⁶³⁾.

Hormis la Grèce, la Suède et deux Länder de l'Allemagne (la Bavière et le Bade-Wurtemberg), des traitements de substitution sont désormais disponibles en prison dans tous les pays de l'UE et en Norvège. Néanmoins, même dans les pays où un pourcentage élevé d'usagers de drogues à problème dans la communauté suivent un traitement de substitution, les prisons appliquent principalement une politique de désintoxication. En Allemagne, en France et aux Pays-Bas, les taux en prison sont estimés entre 1 et 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001), contre une couverture de 30 à 50 % dans la communauté. La plupart des politiques de maintien en prison recommandent le traitement uniquement pour les courtes peines, pour les détenues enceintes et pour ceux qui souffrent de toxicomanie depuis longtemps ou de problèmes mentaux ou physiques graves. L'initiation des traitements de substitution en prison est rare, bien qu'elle soit légalement possible dans la plupart des pays. La principale exception est l'Espagne, où les taux de substitution sont semblables au sein et à l'extérieur des prisons ⁽⁶⁴⁾.

Dix pays de l'UE et la Norvège gèrent des unités de sevrage en prison. L'objectif de certaines de ces unités est non seulement de protéger les détenus non dépendants des drogues, mais également de fournir un traitement aux toxicomanes. Les prisonniers en traitement de substitution à la méthadone ne sont généralement pas admis dans les unités de sevrage. Les vingt départements d'accompagnement des toxicomanes sans drogue dans les prisons néerlandaises peuvent accueillir 446 détenus; néanmoins, un tiers de la capacité est restée inutilisée en 1999, et une évaluation sur vingt ans de la prise en charge de la toxicomanie en milieu carcéral a conclu à des résultats décevants (Rigter, 1998). La Suède dispose de 356 places en unités de traitement de sevrage, et en Finlande, où actuellement 10 % des dispositifs pénitentiaires sont sans drogue, une expansion à 50 % est envisagée. Le Portugal a récemment ouvert sept unités de traitement de sevrage avec 195 places, considérées comme une «grande réussite», et prévoit deux unités supplémentaires. Toutefois, une analyse dans le domaine de la recherche sur les soins en addictologie en milieu pénitentiaire (Rigter, 1998) a permis d'aboutir à une pénurie de résultats fiables et valides à l'échelle mondiale.

Prévention des maladies infectieuses

La prévention des maladies transmissibles par le sang pendant l'incarcération est devenue un objectif prioritaire pour plusieurs systèmes pénitentiaires en Europe — également au vu de l'augmentation notoire des dépenses pharmaceutiques en raison du traitement des infections liées à la drogue (par exemple, traitement antirétroviral hautement actif, interféron) que les prisons ont supporté.

Beaucoup de pays tentent de suivre les principes généraux et les recommandations spécifiques figurant dans les directives de l'OMS sur l'infection au VIH et au sida dans les prisons (OMS, 1993). Plusieurs mesures de réduction des risques sont difficiles à mettre en place, en raison de leur connotation politique, du fait de la réticence du personnel et parce qu'elles ne sont pas considérées appropriées dans le milieu carcéral. Le tableau figurant ci-après présente certaines des mesures de prévention des directives de l'OMS et la façon dont les pays de l'UE et la Norvège les mettent en œuvre. Même si la portée de ces mesures semble encore insuffisante dans beaucoup de pays, on note certaines avancées ⁽⁶⁵⁾. Des programmes d'échange de seringues peuvent désormais

⁽⁶³⁾ Tableau 14 EL — Traitement d'abstinence et unités de sevrage dans les prisons dans certains pays de l'UE et en Norvège (version en ligne).

⁽⁶⁴⁾ Tableau 15 EL — Traitements de substitution en prison dans l'UE et en Norvège (version en ligne).

⁽⁶⁵⁾ Pour de plus amples informations sur la situation jusqu'à l'année 2000, voir sur l'internet (http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2).

Questions particulières

Tableau 2

Aperçu de certaines mesures de prévention des maladies transmissibles par le sang dans les prisons dans l'UE et en Norvège				
	Information/éducation	Vaccination contre l'hépatite B	Mise à disposition de désinfectants	Échange d'aiguilles/de seringues
Belgique	++ mais pas dans toutes les prisons	+ protocole développé par le ministère de la santé	+	0
Danemark	0	++ mais couverture faible (2 %)	++ avec instructions	0
Allemagne	+	n.d.	+	+
Grèce	+ mais la fourniture dépend en premier lieu d'agences externes	+ 1 prison seulement	0 uniquement une prison	0
Espagne	++	++ et encouragée	++	++
France	+	++	++	0
Irlande	0	++	+ mais ++ recommandé par le <i>Review Group on Prison Health Care, 2001</i>	0 <i>Review Group of Prison Health Care</i> ne recommande pas l'échange de seringues ou d'aiguilles en raison des risques d'attaques
Italie	0	n.d. (vaccination obligatoire à l'âge de 12 ans, ensemble de la population, introduite au début des années 90)	++	0
Luxembourg	+	++	0	0 en cours de discussion
Pays-Bas	+		++	0
Autriche	+	+ (!)	++ avec des instructions sur le nettoyage	0
Portugal	+	++ programme national de vaccination	++ dans la pratique: +	0 en cours de discussion
Finlande	+	++	++	0
Suède	0 dépend des prisons	0 décision en attente sur l'instauration générale de la vaccination	0	0
Royaume-Uni	+	++ (Écosse)	++ Angleterre/pays de Galles: accès difficile. Après une étude pilote, des comprimés sont mis à disposition Écosse: ++ avec des instructions	0
Norvège	n.d.	n.d.	0 les autorités sanitaires ont demandé aux prisons de mettre à disposition de l'eau de Javel	0

(!) Spirig, H., et Ess-Dietz, O. (2001), *Preventive measures in Austrian Prisons*, dans WIAD-ORS.
NB: n.d. = informations non disponibles.

Information/éducation

0 Supports écrits généraux
+ Supports écrits spécifiquement élaborés pour le milieu carcéral
++ Supports spécifiques pour les prisons plus formation à l'usage dans des conditions sûres

Vaccination contre l'hépatite

0 Pas systématiquement disponible
+ Disponible dans certaines prisons
++ Disponible dans toutes les prisons

Désinfectants

0 Non disponibles
+ Dans certaines prisons
++ Dans toutes les prisons (au moins en théorie)

Échange de seringues/d'aiguilles

0 Non disponible
+ Programme dans certaines prisons
++ Programme dans toutes les prisons

Sources Rapports nationaux Reitox, 2001.
Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral, *Final Progress Report*, WIAD, Bonn et ORS, Marseille, décembre 2001.

être mis en place dans toutes les prisons espagnoles ⁽⁶⁶⁾. Le Luxembourg et le Portugal discutent de leur introduction. Davantage de pays recommandent la mise à disposition d'eau de Javel diluée pour les prisonniers et la mise en œuvre de cette mesure a progressé.

Références et sources du chapitre 3

Actes de la conférence Club Health (2002), 2^e conférence internationale sur les abus de substances dans les lieux festifs et les problèmes de santé connexes, 24-27 mars 2002, Rimini, région Émilie-Romagne et université John Moores.

Akram, G., et Galt, M. (1999), «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 6 (2), p. 215-225.

Ambrosini, F. (2001), «Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», dans Jacob, J., Keppler, K., et Stöver, H. (éd.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, p. 106-113.

Bellis, M. A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M. (2000), «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort», *International Journal of Drug Policy*, vol. 11, p. 235-244 (*).

Bennett, G. A., et Higgins, D. S. (1999), «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK», *Addiction*, vol. 94 (8), p. 1179-1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck, J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B. A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S., et Öjehagen, A.

⁽⁶⁶⁾ Hormis les prisons situées à Ceuta et Melilla. La communauté autonome de Catalogne est compétente en matière de gestion des prisons.

- (2001), *Behandling av alkohol- og narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Suède.
- Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., et Strang, J. (2000), *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, Londres.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Suredda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G., et Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea et Commission européenne, Valence.
- Conseil de l'Europe (1993), recommandation n° R (93)6 du Comité des ministres aux États membres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles, et notamment du sida, et les problèmes connexes de santé en prison, Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- Costa, N., Padua, J., Correia, M. (2000), «Um ano de Naltrexona», *Toxicodependências*, vol. 6 (1), p. 51-60.
- Darke, S., Ross, J., Zador, D., et Sunjic, S. (2000), «Heroin-related deaths in New South Wales», *Australie, 1992-1996, Drug and Alcohol Dependence*, vol. 60, p. 141-150.
- Decorte, T. (1999), «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp», thèse de doctorat, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.
- Department of Justice Equality and Law Reform (1999), «Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan» (non publié) (*).
- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, Londres.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., et Alcabes, P. (1998), «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, vol. 12 (suppl. A), p. 217-230.
- DrugScope (2001), *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, huitième édition, DrugScope, Londres (*).
- Edmunds, M., Hough, M., et Urquia, N. (1996), *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80*, Home Office Police Research Group, Londres (*).
- ESPAD (2000), «The 1999 Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), groupe Pompidou du Conseil de l'Europe (titre de la version française: «Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves des collèges et lycées»).
- Farrell, M. (1989), «Ecstasy and the Oxygen of Publicity», *British Journal of Addiction*, vol. 84, p. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M., et Strang, J. (1999), «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 6 (1), p. 61-69 (*).
- Gossop, M., Marsden, J., et Stewart, D. (1998), *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J., et Stewart, D. (2001), *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, Londres.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., et Segar, G. (1998), «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)», *British Journal of Psychiatry*, vol. 173.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J., et O' Brien, C. P. (1997), «Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, États-Unis.
- Haw, S. (1993), *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Édimbourg.
- Heroinstudie (2002), site web officiel présentant des informations sur les essais allemands en matière d'héroïne (<http://www.heroinstudie.de>).
- Hunt, N. (2002), «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», 2^e conférence internationale sur les abus de substances dans les lieux festifs et les problèmes de santé connexes, 24-27 mars 2002, Rimini, région Émilie-Romagne et université John Moores.
- Jungner, M. (2001), «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, n°s 9 et 10, novembre 2001, p. 12 et 13.
- Kethea-NSPH (2001), «Effectiveness-Evaluation of the Kethea's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (Kethea)», National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Athènes.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R. (2001), «An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU», OEDT, Lisbonne.
- Leccese, A. P., Pennings, E. J. M., et De Wolff, F. A. (2000), *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (*).
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J., et Dole, V. P. (1997), «Methadone Maintenance», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, États-Unis.
- Lýsen, L. (2001), «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — management of drug problems in prison», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, n°s 9 et 10, novembre 2001, p. 10 et 11.
- McElrath, K., et McEvoy, K. (1999), *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast.
- Neale, J. (2001), «Don't overdo it: overdose prevention and extent», *Druglink*, vol. 16, juillet/août 2001, p. 18-22.
- OEDT (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OMS (1994), *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (*).
- OMS, Global Programme on AIDS (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (et réimprimé UNAIDS/99.47/E). Le fichier pdf peut être téléchargé sur l'internet (<http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html>).
- ONS (Office for National Statistics) (2000a), «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-1997», *Health Statistics Quarterly*, n° 5 (printemps 2000), Office for National Statistics, Londres, p. 57-60 (*).
- ONS (Office for National Statistics) (2000b), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998», *Health Statistics Quarterly*, n° 7 (automne 2000), Office for National Statistics, Londres, p. 59-62.
- ONS (Office for National Statistics) (2000c), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999», *Health Statistics Quarterly*, n° 9 (printemps 2001), Office for National Statistics, Londres, p. 70-72.
- Pedersen, M. U. (2000), *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning.
- Rapports nationaux Reitox, 2001.

Questions particulières

- Rigter, H. (1998), *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbos-instituut, Utrecht (*).
- RN, 2001 = rapports nationaux 2001 pour l'OEDT de ces pays: chapitre 13 (sauf chapitre 12 pour la Norvège et chapitre 18 pour la Finlande).
- Seppälä, P. (1999), «Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa» (Banned substances and their relevance to technoculture), *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (4), p. 359-368 (*).
- Snippe, J., et Bieleman, B. (1997), «Opiate users and crime in the Netherlands», dans Korf, D., et Riper, H. (éd.), *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, université d'Amsterdam (SISWO), Amsterdam.
- Sonntag, D., et Künzel, J. (2000), «Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?», *Sucht*, vol. 46 (Sonderheft 2).
- Spacca, E. (2002), communication personnelle de Edoardo Spacca, coordinateur du *European Network of Drug Services in Prison* (ENDSP) basé à Cranstoun Drug Services à Londres.
- Stöver, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, rapport scientifique de l'OEDT, Lisbonne et Londres.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M. (1999), «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses», *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, p. 253-261 (*).
- Strang, J., Seivewright, N., et Farrell, M. (1993), «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines», dans Hallstrom, C. (éd.), *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.
- Taylor, A., Frischer, M., et Goldberg, D. (1996), «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow, Letter to the editor», *British Medical Journal*, vol. 313, 30 novembre 1996, p. 1140 et 1141.
- Tretter, F., Kufner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), «Katamnese nach antagonistisch-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug», *Sucht*, vol. 47 (3), p. 189-200.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A., et Ree, J. M. V. (2002), «Medical co-prescription of heroin — two randomised controlled trials», Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Pays-Bas.
- Vermaas, P. (1999), «Drugs en geweld "Poligebruikers" zijn onvoorspelbaar en agressief», *Algemeen Politieblad*, n° 10 (*).
- WIAD-ORS, Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (1998), *Annual Report to the EC*, WIAD, Bonn et ORS, Marseille.
- WIAD-ORS, Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (2001), *Final Progress Report to the EC*, WIAD, Bonn et ORS, Marseille.
- Wirth, U. (2001), «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton Proksch-Instituts», Anton Proksch-Institut, Vienne.
- Pour de plus amples informations sur les services de drogues en prison, veuillez consulter le site web du Réseau européen sur la prévention du sida et de l'hépatite en milieu carcéral (European Network of Drug Services in Prison — ENDSP — ancien ENDHASP) sur l'internet (<http://www.cranstoun.org>).

(*) = référence citée dans le rapport national.

Points focaux Reitox

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Brussels
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

Germany — Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ifit.de

Greece — Ms Manina Terzidou
University of Mental Health Research Institute (UMHRI)
(Office: 12 Eginitou Street)
GR-11528 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73

Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou
Post Office
GR-15601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

Spain — Ms Elena Garzon
Government Delegation to the National Plan on Drugs (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es
Ms Ana Andres Ballesteros —
Tel. (34) 915 37 26 86
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

Italy — Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social Policies
Department of Social and Previdential Policies
Directorate-General for Drug Addiction and for the National Observatory
Via Fornovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi, Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45, PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal — Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health
PO Box 220
(Office: Siltasaarenkatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
(Office: Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom —
Mr Axel Klein
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: axelk@Drugscope.org.uk

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Centre (SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator NFP)
E-mail: odd@sirus.no

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège — 2002

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2002 — 60 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-130-X

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/112/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA

Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messengeries du livre SARL

5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: <http://www.sdu.nl>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
IS-101 Fleykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: <http://www.osec.ch/eics>

BĂLGARIJA

Euopress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: <http://www.euopress.bg>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS

Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: <http://www.swetsblackwell.com.no>

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Zalozba

Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvzalozba.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: <http://www.incм.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: <http://www.meobserver.com.eg>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**

5th Fl. The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucock@eucock.org
URL: <http://www.eucock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.lk

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: <http://www.bernan.com>

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/Veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix**

Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'une des douze agences décentralisées créées par l'Union européenne pour effectuer des travaux techniques ou scientifiques spécialisés.

Institué en 1993 et opérationnel depuis 1995, l'Observatoire a pour objectif principal de fournir au niveau européen des « informations objectives, fiables et comparables sur le phénomène des drogues, des toxicomanies et leurs conséquences ». Au travers des informations statistiques, documentaires et techniques qu'il rassemble, analyse et distribue, l'OEDT fournit à ses utilisateurs — qu'il s'agisse de décideurs politiques, de praticiens travaillant dans le domaine de la drogue ou de citoyens européens — un tableau d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe.

Les principaux objectifs de l'Observatoire sont:

- la collecte et l'analyse des informations existantes;
- l'amélioration des méthodes de comparaison des données;
- la diffusion des informations;
- la coopération avec des organisations européennes et internationales ainsi que des pays tiers.

L'OEDT travaille uniquement dans le domaine de l'information.

L'OEDT sur l'internet

Une version interactive en ligne du présent Rapport annuel 2002 est également disponible en douze versions linguistiques (<http://annualreport.emcdda.eu.int>). Cette version fournit des liens vers les sources de données, rapports et documents contextuels qui ont servi à élaborer ce Rapport.

Le site web de l'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int>) propose également des informations détaillées sur l'usage de drogues en Europe, des publications à télécharger dans les onze langues officielles de l'UE et en norvégien, des liens vers des centres d'information spécialisés sur les drogues en Europe et hors d'Europe, ainsi qu'un accès gratuit à des bases de données.



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-130-X



9 789291 681303