



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

# Public expenditure in the area of drug-demand reduction

EMCDDA 2003 selected issue

*In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

## Les dépenses publiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogue <sup>(199)</sup>

La stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) stipule que le Conseil et la Commission européenne devraient tenter de dresser une liste détaillée de toutes les dépenses publiques dans le domaine de la lutte contre la drogue en se fondant sur les travaux de l'OEDT et du groupe Pomicou.

Dans le cadre de l'application de la stratégie antidrogue de l'Union européenne, l'OEDT, avec la précieuse contribution des points focaux nationaux Reitox, enquête dans ce rapport sur les dépenses publiques directes dans le domaine de la réduction de la demande de drogue encourues en 1999 <sup>(200)</sup>. Le rapport met l'accent sur les dépenses aux niveaux national et régional en matière de prévention de l'usage de drogues, de traitement de la dépendance (traitement avec hébergement et en ambulatoire, traitement de substitution et abstinence sans traitement pharmacologique), de réadaptation et de réinsertion, de travail de proximité, de réduction des risques, d'éducation, de recherche et de coordination en rapport avec la réduction de la demande. Afin de pouvoir mieux cerner nos travaux de recherche, nous avons exclu les dépenses directes supportées par des organismes de santé privés (centres thérapeutiques, cliniques, etc.) et les dépenses indirectes encourues par les services généraux tels que les centres hospitaliers et les services des urgences. Enfin, le thème plus large et beaucoup plus complexe du coût social des drogues illicites n'a pas été abordé.

En abordant la question des dépenses publiques dans le domaine des drogues (quoique de façon restreinte), ce rapport a avant tout pour objectif d'augmenter la prise de conscience dans les pays de l'UE de l'importance d'un indicateur en matière de politique antidrogue, plutôt que de fournir des preuves empiriques.

### Limites et fiabilité des données

Il n'en ressort pas moins que, bien que nous ayons restreint notre champ d'action, les résultats auxquels nous avons abouti confirment les difficultés provenant de la disponibilité et de la collecte limitées des données dans un domaine relativement peu développé dans l'UE. De fait, en dehors des recherches ad hoc entreprises au cours de la préparation de ce rapport <sup>(201)</sup>, seules quelques études ont été menées dans le but de quantifier les ressources publiques affectées aux problèmes de toxicomanie dans l'UE <sup>(202)</sup>. Il vaut la peine de noter que la plupart des pays

de l'UE ne sont pas en mesure d'indiquer de façon précise combien ils dépensent dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie.

La plupart des participants à cette recherche n'étaient donc pas en mesure de fournir des données complètes. En fait, certains chiffres manquent et les calculs sont fondés sur des méthodes d'estimation et d'extrapolation <sup>(203)</sup>.

Comme l'ont signalé de nombreux points focaux, au moins cinq facteurs peuvent limiter ces recherches: 1) le manque de données pour certaines régions et certains pays; 2) la difficulté à isoler les données concernant les drogues illicites de celles concernant à la fois les drogues illicites et l'alcool; 3) la diversité des acteurs et des organismes responsables des dépenses au niveau central, régional et local; 4) la difficulté de répartition précise des dépenses publiques dans des catégories théoriques, telles que la réduction de la demande et de l'offre; 5) la complexité de la ventilation des dépenses, au sein de ces deux catégories, par domaine d'intervention (traitement, prévention primaire, réadaptation, coopération, coordination, etc.).

Il est toutefois intéressant de noter que, bien que ce type d'étude soit clairement compliqué par les problèmes méthodologiques, les décideurs montrent un intérêt croissant pour l'analyse des dépenses publiques <sup>(204)</sup>, à la fois comme fondement pour la prise de décisions et en tant que mesure des résultats obtenus.

### Dépenses en matière de réduction de la demande de drogue

Pour calculer la «liste» de toutes les dépenses publiques directes liées aux activités de réduction de la demande de drogue dans les États membres de l'UE, nous avons tenté de comparer, à partir des données apportées par les points focaux nationaux, les dépenses similaires entre les pays.

Alors que toutes les précautions statistiques possibles ont été prises, il n'a pas été possible d'éviter que les chiffres signalés correspondent parfois à différentes catégories en fonction des pays. En outre, les données ne sont pas disponibles pour certains pays. En effet, en ce qui concerne la Belgique, le Danemark, l'Italie et en particulier l'Allemagne et la Suède, il manque des informations sur les dépenses en matière de réduction de la demande, de sorte que le chiffre total est sans doute largement sous-estimé. Dans le cas des autres pays (la Grèce, l'Espagne, la France, le Luxembourg, l'Autriche et le Portugal), on peut

<sup>(199)</sup> Les différences au niveau des données disponibles ont limité les possibilités de comparaisons entre les pays. Pour avoir une vue d'ensemble plus complète des dépenses dans le domaine des drogues dans les différents États membres, voir [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/public\\_expenditure.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

<sup>(200)</sup> Année de référence pour l'opération de rédaction de rapports («snapshot») dans le cadre de la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004).

<sup>(201)</sup> L'OEDT remercie particulièrement les points focaux grecs, autrichiens et portugais qui ont entrepris des recherches et des enquêtes particulières dans ce domaine, augmentant ainsi la valeur de ce rapport annuel. Nous remercions également le professeur Pierre Kopp pour avoir revu ces travaux en sa qualité d'expert.

<sup>(202)</sup> Belgique (2003), Luxembourg (2002), Royaume-Uni (2002). Pour plus de références, voir [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/public\\_expenditure.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

<sup>(203)</sup> Notre souhait d'inclure autant de pays que possible pour fournir un panorama européen complet se heurte au manque de données dans certains des pays pris en compte. Par conséquent, si nous avons maintenu une portée d'étude importante en couvrant 16 pays, la capacité d'analyse et de comparaison a été considérablement diminuée du fait de l'incertitude des chiffres définitifs.

<sup>(204)</sup> Belgique (2003), France (2000), Luxembourg (2002), Royaume-Uni (2002). Pour plus de références, voir le site web de l'OEDT: [http://www.emcdda.eu.int/policy\\_law/national/strategies/public\\_expenditure.shtml](http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

considérer que les données sont plus complètes, bien qu'il demeure certaines incertitudes concernant les catégories de dépenses prises en compte. En Norvège et aux Pays-Bas en particulier, les estimations réalisées concernent à la fois les drogues illicites et l'alcool, ce qui fait que les chiffres définitifs sont plutôt élevés pour ces deux pays, en comparaison avec les autres. Enfin, la plupart des données se réfèrent à 1999 et constituent des chiffres de base dans le cadre du processus d'évaluation du plan d'action de l'UE, mais il y a quelques exceptions. Pour l'Irlande, les chiffres rapportés sont les dépenses publiques planifiées dans le domaine de la réduction de la demande pour l'année 2000; pour la France, les données concernent 1995 et, pour le Royaume-Uni, l'exercice 2000-2001. Les montants figurant dans le tableau 6 doivent donc prendre en compte les contraintes susmentionnées.

Les montants totaux dépensés par les pays de l'UE en 1999 dans le domaine de la réduction de la demande de drogue correspondent en fait à la taille et à la richesse de chaque pays (Kopp et Fenoglio, 2003). Il n'est donc pas surprenant de constater que les pays les plus grands et les plus riches (Allemagne, France, Italie et Royaume-Uni) semblent allouer, en termes absolus, plus de ressources financières que les petits pays, bien que les dépenses soient également relativement élevées aux Pays-Bas et en Norvège (sans doute parce que les chiffres comprennent les interventions relatives à l'alcoolisme).

Les recherches démontrent (Kopp et Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey et al., 2002) que les estimations de ce type pourraient constituer une source précieuse d'informations au niveau national. Les comparaisons effectuées sur un certain laps de temps au sein d'un pays peuvent révéler une augmentation ou une diminution dans les budgets consacrés aux drogues. Les comparaisons au niveau des secteurs (demande, fourniture, coopération internationale, etc.) sont susceptibles de révéler, en plus des stratégies formelles, l'effort financier concret réalisé dans la lutte contre le phénomène de la drogue.

Au niveau de l'UE, les comparaisons entre les pays (les plus complexes) permettent de déterminer des modèles communs ou des différences au niveau des montants alloués à la politique antidrogue ainsi que de comparer les dépenses par rapport à une moyenne européenne ou à travers les régions du monde.

En outre, l'usage d'indicateurs macroéconomiques (tels que le produit intérieur brut ou PIB, la population totale, les dépenses publiques totales ou le nombre de consommateurs de drogues problématiques) aux niveaux national et européen peut aider à mesurer l'étendue des dépenses et à procéder à une interprétation plus riche en informations de données qui, à elles seules, seraient de peu de valeur.

Il est un fait que la comparaison des dépenses en matière de réduction de la demande de drogue avec, par exemple, le PIB de chaque pays, révélerait sans doute quelle part de sa richesse un pays consacre à la prévention de l'usage de la drogue et à la lutte contre les conséquences de la drogue. D'après les données

rassemblées dans le cadre de cette recherche, il semble qu'en 1999 la Norvège y a consacré environ 0,1 % de sa richesse économique (PIB), suivie par les Pays-Bas avec 0,078 % (bien que les deux pays aient inclus tant l'alcool que la drogue dans leurs estimations). Le Portugal (0,074 %), la Finlande (0,073 %) et l'Irlande (0,070 %) sont les pays qui ont dépensé la plus grande partie de leur PIB aux activités de réduction de la demande, alors que les pays les plus grands et apparemment les plus riches semblent à la traîne. Cependant, le fait que les données relatives à ces derniers soient réputées incomplètes fausse sans doute la comparaison.

L'interprétation de cette information n'est pas simple, et pas uniquement en raison du manque de données. La proportion de richesses consacrées au contrôle de la toxicomanie dans les États membres peut être interprétée comme reflétant l'étendue du problème de la drogue ou la taille de la réponse à celui-ci (ou les deux), ou comme le niveau des interventions sociales et sanitaires au sein de la population. L'examen de ces questions devrait contribuer à une meilleure compréhension du phénomène et à avoir une approche plus approfondie des estimations de coûts.

Une autre façon d'analyser les dépenses publiques consiste à les examiner dans le contexte du domaine qu'elles sont destinées à traiter, soit dans ce cas les usagers de drogues à problèmes <sup>(205)</sup>. En utilisant en tant qu'indicateur le nombre estimé d'usagers à problèmes, on peut calculer les dépenses par personne ayant le plus besoin d'assistance. Malheureusement, ce calcul se heurte à deux difficultés: premièrement, les chiffres ne portent pas obligatoirement sur les usagers à problèmes — les toxicomanes, étant donné que la prévention, l'éducation, la coordination peuvent également être ciblées vers des individus non classifiés en tant qu'usagers à problèmes, et deuxièmement, le calcul du nombre d'usagers à problèmes est, pour des raisons évidentes, assez incertain.

Il convient de souligner que, selon les données dont nous disposons, la valeur des services auxquels a recours chaque toxicomane dans le besoin est nettement plus élevée dans certains pays (Finlande, Luxembourg, Autriche) que dans d'autres (Grèce, Portugal, France, Royaume-Uni). Cela pourrait être interprété comme un engagement plus prononcé pour les services liés à la drogue dans le premier groupe. Il est néanmoins plus vraisemblable de penser que les chiffres dépendent de la qualité et de la nature de l'intervention. En effet, les différences au niveau des dépenses ne se traduisent pas automatiquement par un niveau d'engagement, mais plutôt par un niveau différent de réaction, déterminé par la spécificité de la situation.

Outre les dépenses par usager de drogues à problèmes, il est utile de calculer le tribut de la politique de réduction de la demande de drogue pour l'ensemble de la société. Si l'on considère les dépenses de réduction de la demande de drogue dans les 16 pays examinés (15 États membres et la Norvège) et si l'on se réfère aux données limitées disponibles (tableau 6), le montant total (minimal) dépensé au sein de l'UE en 1999 dans le

<sup>(205)</sup> Usage de drogues par voie d'injection ou consommation régulière/de longue durée d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines. Pour calculer les dépenses par usager de drogues à problèmes, on a utilisé les estimations du nombre d'usagers de drogues à problèmes mentionnées par les points focaux nationaux à l'aide de taux moyens. Pour plus d'informations, voir le tableau statistique 4 — Estimations de prévalence de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE, 1995-2001.

**Tableau 6 — Ventilation des dépenses publiques directes en millions d'euros telles que mentionnées dans les rapports nationaux Reitox 2002**

| Pays                                         | Millions d'euros | Catégories de dépenses en 1999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Belgique                                     | 139              | Traitement (100); réadaptation (22,5); méthadone (8,9); communautés et régions: prévention, soins, formation, coordination (8,3) (non compris 7 millions d'euros alloués à la prévention de la criminalité par le ministère de l'intérieur).                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Danemark                                     | 67               | Dépenses en «toxicomanie» par les comtés et les municipalités: 495,5 millions de DKK (66,5); prévention au niveau central: 6,2 millions de DKK (0,8) dans comtés et municipalités non connus.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Allemagne                                    | 343,2            | Hébergement d'urgence (3,0); accompagnement psychosocial (13,3); 951 centres de conseil en ambulatoire (57,9); réadaptation avec hébergement (25 % sur 434 millions d'euros) (99,7); insertion sur le marché du travail (4,3); logement médicalisé (8); traitement dans les services de toxicomanie des hôpitaux (97); traitement de substitution (non connu mais minimum estimé de 30), budget «dépendances» des Länder: 23,9 % (part drogues) de 127 millions d'euros (30) (non compris: dépenses poursuites et mise en application des peines). |
| Grèce                                        | 16,2             | 39 centres de prévention (OKANA), frais de salaires et de personnel (Kethea), d'hébergement et de fonctionnement (2,4); traitement: sevrage, de substitution et à bas seuil (11,9); réadaptation sociale (0,3); recherche (0,3) OKANA, données non incluses; éducation (0,8), certains frais d'administration centrale (0,5).                                                                                                                                                                                                                      |
| Espagne                                      | 181,5            | Niveau central: ministères de l'intérieur (GDNPD), de la défense (prévention), de la santé et de la consommation, de l'éducation et de la culture, des affaires étrangères, du travail et des affaires sociales (19,8); fonds de biens confisqués alloués à la réduction de la demande 66 % (2,8); communautés autonomes (158,7, dont 22,3 du GDNPD).                                                                                                                                                                                              |
| France (1995)                                | 205,8            | Subutex (91,4); affaires sociales, sanitaires et urbaines (101,9); éducation (recherche) (6,6); jeunesse et sports (1,3); travail, emploi et formation (0,12); MILDIT (66 % de 6,9 millions d'euros) (4,5) (non compris: coopération internationale et subventions aux organisations internationales).                                                                                                                                                                                                                                             |
| Irlande (2000) (dépenses publiques estimées) | 57,1             | Ministère de la santé et de l'enfance (traitement, prévention, recherche) (32,0); ministère de l'entreprise, du commerce et de l'emploi (réinsertion) (6,0); ministère de l'éducation et des sciences (prévention) (7,5); ministère du tourisme, du sport et des loisirs (prévention, recherche évaluation, coordination) (11,6).                                                                                                                                                                                                                  |
| Italie                                       | 278,5            | Traitement en ambulatoire (99,1); traitement en résidentiel et semi-résidentiel (88,8); projets de fonds nationaux antidrogue promus au niveau local/régional (67,6); projets de fonds nationaux antidrogue sponsorisés par ministère (23,0). Pas de données mises à disposition par huit régions et seulement des données partielles mises à disposition par la plupart des autres régions.                                                                                                                                                       |
| Luxembourg                                   | 13,7             | Ministère de la santé (5,7); de la famille, de la solidarité sociale et de la jeunesse (2,3); enseignement, formation professionnelle et sport (0,5); autres ministères (0,3); remboursement sécurité sociale (4,9).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Pays-Bas                                     | 287,9            | Loi générale sur la gestion des maladies spéciales (destinée aux bureaux régionaux de soins et aux cliniques spécialisées en toxicomanie) (76,0); ministère de la santé, de l'hygiène et du sport (soins en ambulatoire) (74,2); fonds pour les toxicomanes sans abri, la toxicomanie négligée [environ deux tiers de 150 millions d'euros (112,5)]; nuisances liées à la drogue (24,1); activités de prévention antidrogue (1,1) (la plupart des chiffres concernent à la fois les drogues et l'alcool).                                          |
| Autriche                                     | 52,3             | Sources fédérales, provinciales et municipales comprenant les fonds d'assurance santé, les services publics de l'emploi et le fonds pour l'Autriche en bonne santé: prévention primaire (2,4); travail de proximité et réduction des risques (3,3); conseils, soins et traitement (40,7); réinsertion (4,2); assurance qualité (0,6); autres dépenses/non attribuable (0,8).                                                                                                                                                                       |
| Portugal                                     | 71,7             | Présidence du Conseil des ministres (16,2); ministères de la santé (41,6); de l'éducation (3,1); de l'emploi et des affaires sociales (9,5); de la défense 1,2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Finlande                                     | 76,2             | Soins de santé (avec hébergement) (15,1); soins de santé (en ambulatoire) (7,9); pensions en rapport avec drogues (4,3); prestations maladie en rapport avec drogues (0,5); compensation (compagnies d'assurances) (0,9); services d'abus de substances (hébergement/ambulatoire) (26,5); allocations de subsistance (4,8); assistance sociale enfants (10,9); recherche et prévention (5,2).                                                                                                                                                      |
| Suède                                        | 62,5             | Estimation très approximative des coûts en matière de dépenses en réduction de la demande pour l'alcool et les drogues (Tullverket, 2000). Municipalités: 300 millions de SEK (30), comtés: 250 millions de SEK (25) et État: 50 millions de SEK (5). Organisations non gouvernementales, fondations et entreprises: 25 millions de SEK (2,5).                                                                                                                                                                                                     |
| Royaume-Uni 2000-2001                        | 466,3            | Estimation pour l'exercice 2000-2001 (12 mois jusqu'au 31 mars 2001). «Drug Treatment» («Traitement antidrogue»), 234 millions de livres (367,4); «Protecting young people» («Protection des jeunes») (prévention), 63 millions de livres (98,9).                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Norvège                                      | 224,9            | Estimation des coûts aux niveaux central, des comtés et municipal pour les services liés aux drogues et à l'alcool, prévention, traitement et soins de santé (avec hébergement/en ambulatoire, sans médicaments, de substitution), services sociaux pour travail de proximité auprès des toxicomanes, réduction des risques, réadaptation et réinsertion.                                                                                                                                                                                          |

Sources: Rapports nationaux Reitox (2002).

domaine de la prévention de l'usage de la drogue et les soins aux toxicomanes est de 2,3 milliards d'euros. Cela signifie que chaque citoyen de l'UE a apporté une contribution se situant entre 5 et 10 euros. Il est bien entendu possible qu'en réalité ce montant soit nettement plus élevé.

Enfin, comme cela a été signalé par différents participants au travail de recherche, une méthodologie commune serait d'une importance primordiale pour la recherche au niveau des pays en partant du principe que ce type d'information ainsi que l'analyse qui en découle s'avèrent appropriés dans le cadre de la prise de décision.

## Répartition des dépenses

Avec les systèmes de collecte de données actuels, il est très difficile d'obtenir une ventilation fiable des chiffres de dépenses par catégorie. Au niveau national, des domaines tels que le traitement, la réduction des risques et la prévention fusionnent souvent les uns avec les autres et tous les pays n'appliquent pas le même système de classification de dépenses par catégorie. Par conséquent, il est malaisé d'établir des comparaisons internationales en raison de l'utilisation de différentes méthodes de collecte et de classement des données, qui rend très difficile la comparaison des dépenses dans des domaines spécifiques.

Néanmoins, si on met de côté les contraintes méthodologiques, une conclusion assez claire émerge des meilleures données fournies dans ce rapport: le domaine des soins de santé et des traitements semble se tailler la part du lion, représentant entre 50 et 80 % de l'ensemble des dépenses publiques directes liées à la réduction de la demande de drogue.

En Autriche, «les conseils, les soins et le traitement» destinés aux toxicomanes représentaient 78 % des dépenses fédérales pour la réduction de la demande en 1999. En Grèce, les données montrent que près de 73 % des dépenses connues ont été affectées au traitement (et aux dépenses secondaires), tandis qu'en Espagne, les dépenses de 1999 pour le traitement dans les communautés et dans les villes autonomes ont représenté 74 % du total. Au Portugal, en 1999, 49 % du total des dépenses de lutte contre la toxicomanie ont été consacrés au traitement, mais avec 25 % des dépenses totales affectés à la prévention de la toxicomanie, c'est l'un des taux les plus élevés (sur les données connues) de l'UE dans ce domaine.

Les dépenses directes en matière de «prévention» sont, en fait, très difficiles à identifier, par conséquent, les données sont plus incertaines. Les pourcentages connus varient entre 4 % en Autriche, qui a uniquement fourni des données sur la prévention primaire, et 20 % en Grèce (il s'agit là encore de prévention primaire) et se montent à 15 % dans les communautés et villes autonomes espagnoles ainsi qu'à 10 % au Luxembourg.

Sur l'ensemble des dépenses liées à la réduction de la demande de drogue, la part affectée à la réadaptation et à la réinsertion ainsi qu'aux activités de proximité et de réduction des risques

semble être plus faible, très probablement en raison des différences d'envergure par rapport aux dépenses engendrées par le traitement, ou parce qu'elle est partiellement incluse dans ces dernières.

## Considérations finales

En ce qui concerne l'analyse des dépenses en matière de drogue, il importe de faire la distinction entre la recherche sur les dépenses au niveau national et la comparaison de celles-ci dans les pays effectuée dans le cadre de ce travail de recherche.

Des études récentes dans certains pays <sup>(206)</sup> ont mis en évidence les possibilités de parvenir à des résultats satisfaisants même sans appliquer une «méthodologie convenue sur le plan international». Il est bien évident que sur une telle base le potentiel de comparaison entre les pays est certainement limité, mais, au niveau national, cette recherche peut augmenter la connaissance des réponses au phénomène de la drogue et s'avérer être un instrument utile pour les décideurs. En effet, il leur permet d'évaluer le niveau de dépenses dans leurs propres pays sur un certain laps de temps (à condition que l'opération soit répétée) et dans les différents secteurs (si suffisamment détaillé). En outre, lorsque les estimations de coûts sont comparées à d'autres indicateurs, comme on a vu précédemment, il est possible d'estimer quelles sont les dépenses par toxicomane ou à combien se montent les coûts intervenant dans la politique de réduction de la demande de drogue en comparaison avec d'autres politiques, ou selon quelle proportion les citoyens doivent contribuer à la réduction de la demande de drogue.

Ces ratios et comparaisons soulèvent des questions et des hypothèses pertinentes auxquelles davantage d'études approfondies peuvent apporter une réponse.

La comparaison entre pays (le champ de cette étude) constitue une autre dimension de la recherche sur les estimations de coûts liés à la drogue. Comme l'illustre le présent rapport, de telles études dépendent fortement de différentes sources de données et souffrent donc d'un manque d'uniformité au niveau de la méthodologie, des statistiques et des chiffres des différents pays. Il serait bon de mettre en œuvre des normes communes de collecte de données en vue de surmonter ces difficultés ainsi que d'autres. Cependant, une telle démarche nécessiterait des investissements sans que l'on soit pour autant certain de la qualité et de l'utilité des résultats finals. Avant de procéder à des investissements, des recherches supplémentaires sont nécessaires ainsi qu'une réflexion plus approfondie sur l'adéquation et l'utilité de telles études au niveau européen.

Quoi qu'il en soit, alors que la réflexion sur une évolution ultérieure a été entamée par les partenaires européens, il est du devoir de l'OEDT de continuer à promouvoir l'amélioration des systèmes statistiques dans ce domaine et de diffuser des informations sur les méthodologies employées et les travaux de recherche entrepris.

<sup>(206)</sup> Uhl (2001), ONDCP (Office of National Drug Control Policy) (2001), Godfrey et al. (2002) et Origer (2002), Kopp et Fenoglio (2003). Voir également les points focaux nationaux de Grèce, d'Espagne, d'Autriche et du Portugal dans le cadre des rapports nationaux Reitox 2002.