

1998

Résumé et points essentiels

Rapport annuel 1998
sur l'état du phénomène de la drogue
dans l'Union européenne



O. E. D. T.
Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

AVERTISSEMENT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ainsi que les personnes ou sociétés agissant en son nom déclinent toute responsabilité directe ou indirecte pour l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans le présent document. Le présent rapport ne reflète en aucune façon l'avis de l'OEDT au sujet du statut légal des pays, des territoires, des villes ou des zones qu'il mentionne, de leurs autorités et de leurs limites ou frontières.

Sauf indication contraire, la présente publication, y compris toute recommandation ou opinion, ne représente aucunement la politique de l'OEDT, de ses partenaires, de tout État membre de l'UE, de toute agence ou institution de l'Union européenne ou des Communautés européennes.

On trouvera sur Internet des informations complémentaires beaucoup plus complètes sur l'Union européenne, en utilisant le serveur Europa (<http://europa.eu.int>). L'information concernant l'OEDT peut être obtenue sur le site web (<http://www.emcdda.org>).

Le présent résumé est également disponible en espagnol, danois, allemand, grec, français, italien, portugais, finnois et 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 l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1998

ISBN 92-9168-069-9

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 1998
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Italy



O . E . D . T .
Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Préface

Le Rapport annuel 1998 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne se situe au centre de l'évolution continue des connaissances concertées qui servent de base à l'approche stratégique de la politique sur les drogues à l'intérieur et à l'extérieur des États membres de l'Union européenne. L'OEDT déclenche et reflète à la fois les améliorations réalisées au niveau de la communication et de la conscience collective de l'étendue du phénomène de la drogue et de la pertinence des marqueurs spécifiques comme indicateurs épidémiologiques aux échelles nationale et internationale.

Comme le mentionne la déclaration sur la réduction de la demande adoptée par les Nations unies en juin 1998: «Les programmes de réduction de la demande devraient être fondés sur une évaluation régulière de la nature et de l'ampleur de la consommation et de l'abus des drogues ainsi que des problèmes y afférents dans la population. Cette évaluation est impérative pour déceler les tendances qui se dessinent. Ce sont les États qui devraient s'acquitter de cette tâche, d'une manière complète, systématique et périodique, en se fondant sur les résultats des études sur cette question, tout en tenant compte des facteurs géographiques et en utilisant des définitions, des indicateurs et des procédures analogues pour l'évaluation de la situation concernant les drogues. Les stratégies de réduction de la demande devraient être fondées sur les acquis de la recherche ainsi que sur les enseignements tirés des programmes passés. Ces stratégies devraient tenir compte des progrès scientifiques accomplis dans ce domaine, conformément aux obligations conventionnelles, compte tenu de la législation nationale et du schéma multidisciplinaire complet pour les activités futures de lutte contre l'abus des drogues.». Telle est exactement l'approche qui se reflète dans le travail de l'OEDT en général et dans le contenu de son Rapport annuel en particulier.

Chaque Rapport annuel permet de mieux comprendre le besoin de contrôle et de prendre conscience qu'une politique efficace n'est concevable que sur la base d'informations satisfaisantes et accessibles. L'OEDT jouit d'une notoriété grandissante en tant que source inestimable d'informations, dont l'autonomie et l'indépendance politique

font de ses Rapports annuels des documents clés dans le processus de compréhension des caractéristiques principales des problèmes de drogues et des réponses légales, politiques et sociales qui leur sont proposées au sein de l'Union européenne. Toutefois, chaque Rapport présente également une nouvelle configuration des thèmes centraux concernant les questions stratégiques et pratiques; dans le Rapport 1998, c'est au chapitre 3 qu'il en est essentiellement question.

Ce chapitre examine l'état de la drogue dans les dix pays d'Europe centrale et orientale faisant partie du projet PHARE pour les pays candidats à l'adhésion à l'UE. Comme dans le cas des quinze États membres, l'objectif du projet de l'OEDT est double — renseigner sur les indicateurs existants qui fournissent l'image la plus précise des problèmes de drogues et sur les réponses qui y sont apportées dans chaque nation, tout en encourageant les participants à améliorer la qualité, la fiabilité, la comparabilité et la précision de l'information recueillie. Bien que l'OEDT soit conscient des restrictions qui existent au niveau des ressources, les améliorations progressives dans la collecte et la diffusion (usant de méthodes multiples) demeurent le point crucial de l'objectif d'améliorer la communication et la coopération.

Au chapitre 1, une nouvelle distinction est faite entre les tendances et les orientations actuelles fondées sur la combinaison de sources non officielles et moins systématiques et les indicateurs épidémiologiques clés, structurés autour de définitions établies lorsqu'elles sont disponibles. Ainsi, la rubrique «Tendances actuelles» permet d'incorporer des mesures qualitatives et des opinions averties sur des événements récents, où l'intérêt réside dans l'actualité des données plutôt que dans leur précision. Par contre, à la rubrique «Indicateurs clés», les tendances en matière de stupéfiants sont certes un peu moins à jour, mais sont susceptibles en revanche de satisfaire des critères scientifiques de fiabilité et de validité. L'objectif global est d'employer une variété de méthodologies en établissant un large éventail d'images sur les activités en matière de drogues et les réponses plutôt que de faire trop confiance à des instantanés dont la clarté est compromise par le temps qu'il faut pour les traiter.

Toutefois, l'objectif de l'OEDT d'améliorer la qualité générale des données disponibles est attesté par la structure du chapitre sur la réduction de la demande où l'accent est mis sur les projets qui ont été évalués de façon appropriée. Le domaine de la prévention de base, en particulier, révèle une carence de preuves scientifiques non seulement en Europe, mais aussi à l'échelle internationale; l'objectif a donc été de présenter non seulement les projets qui paraissent importants et indicatifs, mais également ceux qui tendent vers une évaluation satisfaisante. Ainsi, tandis qu'on tient de plus en plus compte de nouveaux projets susceptibles d'éclairer, notamment, l'orientation de l'éducation en matière de stupéfiants, l'approche de l'OEDT est d'encourager l'innovation conjuguée à une méthode systématique et scientifique.

Les derniers chapitres soulignent essentiellement les structures financières en place. Le chapitre 7 examine les données disponibles sur les dépenses publiques consacrées aux problèmes des drogues avec des exemples à l'appui provenant de sources de données limitées disponibles. Le chapitre 5 décrit les changements survenus dans les dépenses de l'UE au cours de l'année passée et en particulier les mouvements dans la répartition des dépenses entre les fonds affectés à l'intérieur et à l'extérieur de l'Union. Le chapitre 6 fournit un compte rendu actualisé de l'activité globale plus générale et du travail récent effectué par les organes internationaux principaux dans la lutte contre le problème des drogues.

Même si le travail à fournir demeure considérable, les succès de l'année dernière justifient amplement le travail de l'OEDT. L'Observatoire joue un rôle de plus en plus important et devient véritablement un centre d'excellence en matière d'informations sur la toxicomanie; d'autre part, il est également extrêmement actif dans l'amélioration de la base de connaissances mises à la disposition des décideurs, des praticiens et des chercheurs en la matière. Le Rapport annuel, en tant que partie intégrante de

l'activité de l'UE, ne se limite pas à refléter avec une rigueur et une lucidité accrues la situation des drogues dans les pays de l'UE, mais propose une base inestimable de données comme point de départ à la recherche systématique et à l'évaluation réalisées comparativement par l'UE et à l'extérieur.

Nous sommes néanmoins conscients que l'UE ne peut pas être plus insulaire que les États membres dont elle est constituée, et l'OEDT s'engage à promouvoir un effort collectif entre ces États membres, les organes et les organisations dont le travail a une portée plus internationale. L'OEDT occupe de plus en plus une position centrale dans la relation entre les informateurs européens clés grâce aux réseaux nationaux et internationaux de ses points focaux et du réseau Reitox de l'OEDT.

Notre travail est essentiellement éducatif, progressif et anticipatoire — nous devons promouvoir le rôle de la collecte, de la gestion et de la diffusion d'informations en tant que points fondamentaux pour toute prise de décision stratégique, et c'est là que le Rapport annuel reflète le succès des efforts consentis par l'OEDT et les points focaux nationaux. À chaque publication de notre Rapport annuel, nous sommes conscients de l'impact accru qu'il produit et du lectorat élargi qu'il atteint ainsi que des améliorations en comparabilité et en qualité. Il s'agit d'un progrès lent et progressif certes, mais grâce à l'engagement continu et à la bonne volonté des personnes qui y contribuent, la qualité et l'impact du document gagneront de plus en plus de terrain.

Nous espérons que ce Rapport soit à la fois intéressant et utile pour votre travail et qu'il vous encourage à nous soutenir dans ce que nous essayons de réaliser à l'OEDT. Notre succès requiert votre coopération et nous sommes conscients que sans le soutien et les réactions des lecteurs nous serons ralentis dans nos efforts de clarté et de qualité. Nous sommes dévoués à notre mission qui consiste à améliorer la conscience et l'information, et nous espérons que vous serez stimulés par nos efforts.

Georges Estievenart
Directeur exécutif
OEDT

I — Tendances, prévalence et modèles de consommation

Cette section présente les nouvelles tendances clés de l'usage de drogues et des problèmes qui en découlent dans l'Union européenne ainsi qu'un aperçu général de la situation de la drogue, accompagné d'une brève description des indicateurs épidémiologiques clés permettant d'effectuer des comparaisons dans les domaines de la prévalence, des conséquences, des caractéristiques et des modèles de consommation et d'approvisionnement. Ces informations sont fondées sur deux approches de la collecte des données. Les informations fournies par les indicateurs ont un caractère plus systématique et scientifique, même si elles sont moins actuelles, tandis que celles concernant les nouvelles tendances sont plus actuelles, mais inévitablement plus qualitatives. Ces approches doivent être considérées comme les deux éléments complémentaires d'un tableau d'ensemble plus représentatif.

À l'heure actuelle, la couverture de l'information à travers l'Union européenne est encore incomplète, et les comparaisons directes entre les pays peuvent

parfois conduire à de mauvaises interprétations. Même lorsque les informations sont disponibles, les différences culturelles et méthodologiques entre les États membres doivent être prises en compte. Le travail de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) dans le domaine de la mise en œuvre d'indicateurs standardisés dans l'UE contribuera à améliorer progressivement cette situation.

1. Vue d'ensemble de la consommation de drogues et des problèmes liés à la drogue

Cannabis

Dans l'UE, le cannabis est la drogue illicite la plus couramment utilisée, avec 5 à 20-30 % de l'ensemble de la population et jusqu'à 40 % des jeunes adultes qui déclarent en avoir pris. L'usage récent est moins fréquent; 1 à 9 % de la population adulte et jusqu'à 20 % des jeunes adultes ont consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.

Nouvelles tendances de consommation et problèmes liés à la drogue

Cannabis: stable après une augmentation au début des années 90, et plus particulièrement dans les pays où la prévalence est élevée; en légère augmentation dans d'autres pays.

Accroissement parmi les populations entrant en traitement, mais cela peut en partie refléter des différences dans les pratiques d'enregistrement ainsi que d'autres facteurs.

Amphétamines: en augmentation continue, avec une tendance à devenir plus significatives dans l'avenir que l'ecstasy.

Ecstasy: arrêt de la croissance dans les États membres où le produit est apparu au départ et où la prévalence est plus élevée, mais toujours en hausse dans les autres pays. Diffusion à d'autres populations.

Autres drogues synthétiques: nouveaux produits mentionnés par certains États membres, mais qui ne remplacent pas les amphétamines et l'ecstasy.

Cocaïne: augmentation limitée mais constante de la consommation, bien que la prévalence reste toujours faible.

L'usage de crack reste localisé, mais s'étend dans certaines régions.

Héroïne: augmentation de la consommation parmi les usagers de drogues synthétiques et parmi les jeunes, signalée par quelques États membres.

Modèles de consommation problématiques: diffusion dans les petites villes et les zones rurales, mentionnée par certains États membres.

Décès: tendance générale à la stabilité ou à la baisse, à quelques exceptions près.

Maladies infectieuses: taux de nouveaux cas de sida en déclin sensible à la suite des nouveaux traitements qui retardent la progression de la maladie. Le sida devient plutôt un indicateur de prise de traitement qu'un indicateur d'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

Prévalence de l'infection par le VIH stable ou en déclin dans la plupart des pays, mais transmission continue chez les jeunes et les nouveaux consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

La prévalence des infections à l'hépatite C reste extrêmement élevée.

Après une augmentation rapide entre 1985 et 1994, le niveau des quantités saisies s'est récemment stabilisé.

Comme il s'agit le plus souvent d'un usage occasionnel, le cannabis ne constitue pas, le plus souvent, le principal problème de drogue (il représente 2 à 16 % des demandes de traitement).

Drogues synthétiques ⁽¹⁾

Dans la majorité des pays, les amphétamines viennent en second lieu après le cannabis sur la liste des drogues illicites les plus utilisées (1 à 9 % de la

(¹) Voir «Nouvelles tendances en matière de drogues synthétiques dans l'Union européenne» (série Insights de l'OEDT).

population adulte et jusqu'à 16 % des jeunes adultes déclarent en avoir fait l'expérience), tandis que l'ecstasy a été consommé par 0,5 à 3,0 % de la population adulte, avec un accroissement modéré au cours du temps pour ces deux produits, constaté dans les enquêtes aussi bien auprès de la population en général qu'en milieu scolaire.

Les décès dus à l'usage de drogues synthétiques sont rares. Rares également sont les usagers qui sollicitent un traitement. Toutefois, les problèmes liés aux amphétamines sont plus fréquents en Finlande, en Suède, en Belgique et au Royaume-Uni, et plus particulièrement parmi les consommateurs dont l'usage est chronique et parmi les injecteurs.

Nouveaux thèmes à développer

L'OEDT et les points focaux nationaux considèrent comme prioritaire l'amélioration de la rapidité de mise à disposition et de la pertinence des informations, afin de les rendre plus utiles pour les décideurs:

- 1) en élargissant le champ d'investigation au-delà des sources institutionnelles et des études de recherche pour inclure de nouvelles sources plus informelles ou moins conventionnelles;
- 2) en améliorant les indicateurs existants et en concentrant les efforts sur l'analyse et l'exploitation des données fournies par ces indicateurs;
- 3) en développant de nouvelles méthodes de collecte des données, d'analyse et de prévision, pour mieux identifier, suivre et comprendre l'évolution des modes d'usage de drogues.

Il semble qu'à l'avenir plusieurs problèmes nécessitent une attention particulière.

Diffusion géographique

Même s'il ne s'agit pas d'un phénomène uniforme, on constate une diffusion géographique de l'usage de drogues, qui des grandes villes s'étend aux zones rurales. Cette extension a un impact sur l'évaluation des besoins, les services fournis et la formation.

Les différences dans les modes de diffusion peuvent également contribuer à une meilleure compréhension de la répartition des comportements liés à la drogue aux niveaux européen, local et régional.

Culture des jeunes et drogues

L'émergence de l'ecstasy montre clairement le besoin d'analyser les tendances en matière de drogues dans

le cadre des mutations sociales et économiques, et plus particulièrement celles ayant un rapport avec la culture des jeunes. Réciproquement, le rôle des jeunes sur le marché des consommateurs de produits récréatifs, y compris les drogues, doit être analysé.

Exclusion sociale, usage de drogues, problèmes liés à la drogue

Les thèmes de l'exclusion sociale, de la marginalisation, des minorités et des migrations sont souvent étroitement liés au trafic et à l'usage de drogues ainsi qu'aux problèmes qui en découlent, même s'il s'agit de liens complexes et pluridirectionnels. L'élaboration d'une stratégie efficace face aux problèmes de la drogue nécessite une analyse plus large et plus approfondie.

Criminalité liée à la drogue et sécurité publique

Les rapports nationaux contiennent peu de données sur ce sujet; toutefois, en 1996, un projet pilote de l'OEDT a révélé la présence d'un volume considérable d'informations au niveau local, même si elles restent difficiles d'accès. Pour répondre aux questions sur la criminalité liée à la drogue ou sur la sécurité publique, il est nécessaire d'améliorer la disponibilité et la qualité des informations.

Marché de la drogue, disponibilité et offre

Dans le domaine de l'épidémiologie, le travail de l'Observatoire a été centré jusqu'à présent sur la demande de drogues. Ce thème restera central, mais il sera nécessaire de suivre de plus près les questions de l'offre et des marchés de la drogue, qui constituent le point de rencontre entre la demande et l'offre.

Cocaïne

En 1996, on constate une nette augmentation des quantités saisies, bien que cela ne semble pas avoir eu d'influence sur les prix et la disponibilité du produit sur le marché.

Entre 1 et 3 % des adultes ont fait l'expérience de la cocaïne, ces taux étant plus faibles dans la population en âge scolaire.

L'usage fréquent et problématique n'est pas courant. La cocaïne est mentionnée comme produit principal dans généralement moins de 5 % des demandes de traitement. La consommation abusive de crack, surtout au sein des groupes d'usagers d'opiacés, reste un phénomène limité.

Héroïne et autres opiacés

Les tendances dans le domaine de l'offre, de l'usage et de la toxicomanie semblent relativement stables, malgré quelques signes d'apparition d'une nouvelle génération de jeunes fumeurs d'héroïne.

Dans l'UE, la consommation d'opiacés concerne 0,2 à 0,3 % de la population. Par rapport aux autres drogues illicites, ces chiffres sont beaucoup moins importants. Toutefois, ils se traduisent par un coût social disproportionné en termes de justice pénale, de santé, de couverture sociale et de mortalité.

Quelques données signalent une diffusion de la consommation d'héroïne sur les plans à la fois géographique (des centres urbains aux zones rurales) et socioculturel.

Les opiacés représentent, dans la plupart des centres de traitement, le produit principal qui pose problème, et ils sont associés, dans la majorité des cas, aux décès directement liés à l'usage de drogues.

Autres substances

Les solvants viennent souvent en deuxième position parmi les substances utilisées de manière abusive par les adolescents. Parmi les adultes, l'abus de médicaments comme les benzodiazépines, souvent en association avec l'alcool, s'accroît.

Drogues et santé

Le lien entre la consommation illicite de drogues et les effets dommageables sur le plan sanitaire apparaît le plus manifestement parmi les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Ceux-ci sont beaucoup plus exposés aux maladies transmissibles par voie sanguine (sida, hépatite). Tandis que

les taux de sida se sont stabilisés, les niveaux extrêmement élevés d'hépatite C pourraient avoir de sérieuses conséquences en termes de santé publique.

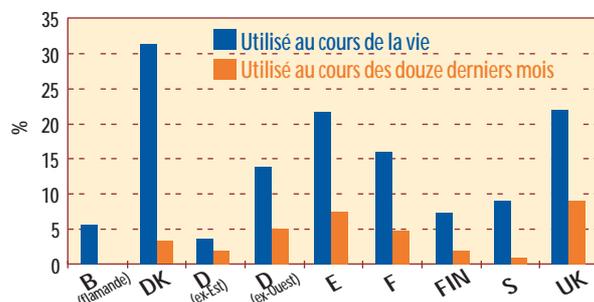
Le nombre de décès directement liés à la drogue reste généralement stable ou diminue, à quelques exceptions près.

2. Indicateurs: prévalence, conséquences et modes d'usage

1) Enquêtes auprès de la population en général

- Les différences qui existent entre les pays doivent être relativisées compte tenu de l'influence des facteurs d'ordre méthodologique, des problèmes d'échantillonnage et des contextes nationaux.
- L'usage de cannabis au cours de la vie représente entre 5 et 7 % de la population (en Belgique flamande et en Finlande) et entre 20 et 30 % au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni, avec des niveaux plus élevés chez les jeunes adultes (10 à 40 %). L'usage des amphétamines au cours de la vie varie de 1 à 9 % (bien que la plupart des pays se situent entre 1 et 4 %), celui de la cocaïne de 1 à 3 % et celui de l'ecstasy de 0,5 à 3 %. Pour les jeunes adultes, tous les chiffres sont plus élevés.
- L'usage récent de cannabis (au cours des douze derniers mois) concerne 1 à 9 % des adultes, avec les taux les plus bas en Allemagne de l'Est, en Finlande et en Suède et les taux les plus élevés en Espagne et au Royaume-Uni.

Graphique 1 — Utilisation du cannabis dans la population adulte



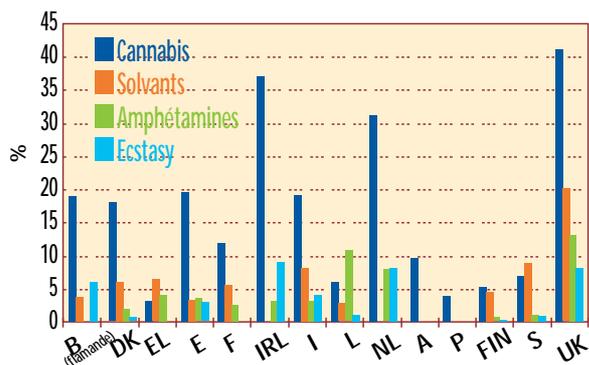
2) Enquêtes auprès de la population scolaire

- Dans ce groupe d'âge, les variations d'âge et le contexte social sont susceptibles d'influencer considérablement les résultats — par exemple, 5 % des adolescents de 15-16 ans de Finlande

déclarent avoir utilisé du cannabis au cours de leur vie, et, la même année, 30 % des adolescents de 17-18 ans de Helsinki rapportent ce même usage au cours de la vie. Ainsi, les enquêtes individuelles dans les écoles doivent être interprétées avec précaution.

- Pour les 15-16 ans, l'usage de cannabis au cours de la vie varie de 3-4 % (Finlande et Portugal) à environ 40 % (Irlande et Royaume-Uni).
- Dans la plupart des pays, les solvants viennent en deuxième position parmi les substances les plus fréquemment utilisées, avec un pourcentage qui varie de 3 % (Belgique, Luxembourg et Espagne) à 20 % au Royaume-Uni.
- Les amphétamines ont été utilisées par 2 à 13 % des 15-16 ans, l'ecstasy par 1 à 9 % et le LSD par 1 à 10 %. Les chiffres les moins élevés concernent la cocaïne (1 à 3 %) et l'héroïne (1 à 2 %).
- Les tendances relatives à l'usage au cours de la vie semblent indiquer un accroissement progressif pour le cannabis ainsi qu'une augmentation pour les amphétamines et l'ecstasy, et dans une moindre mesure la cocaïne.

Graphique 2 — Utilisation de la drogue chez les jeunes adolescents scolarisés âgés de 15-16 ans (au cours de la vie)



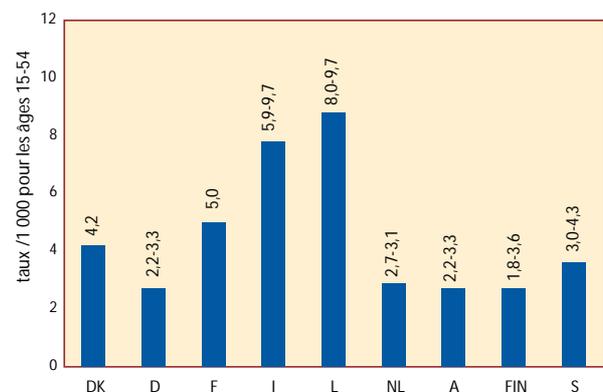
3) Estimations de l'usage problématique de drogues

- Les estimations effectuées au niveau local sont plus fiables que celles au niveau national en raison des grandes différences de prévalence qui existent parfois au sein des pays ainsi que d'un manque de données plus fréquent à l'échelon national.
- Les estimations de l'usage problématique de drogues dans différentes villes d'Europe varient

de 1,8 à environ 30 (22-39) pour 1 000 habitants âgés de 15 à 54 ans dans les petites villes et d'environ 3,5 (3,2-3,9) à 14,1 pour 1 000 habitants dans les grandes villes. Malgré des différences dans les méthodes et les définitions entre les études, ces chiffres suggèrent de réelles différences de la prévalence de l'usage problématique de drogues.

- Les estimations relatives aux pays montrent des variations moins extrêmes, avec des taux variant environ de 3 (1,8-3,6) à 9 (8,0-9,7) pour 1 000 personnes âgées de 15 à 54 ans.
- Le type d'usage problématique de drogues diffère selon les pays, avec une prédominance de la toxicomanie aux opiacés dans les pays d'Europe méridionale et occidentale et une prédominance de l'usage des amphétamines par voie intraveineuse dans les pays nordiques.

Graphique 3 — Prévalence nationale: estimations de l'usage problématique des drogues

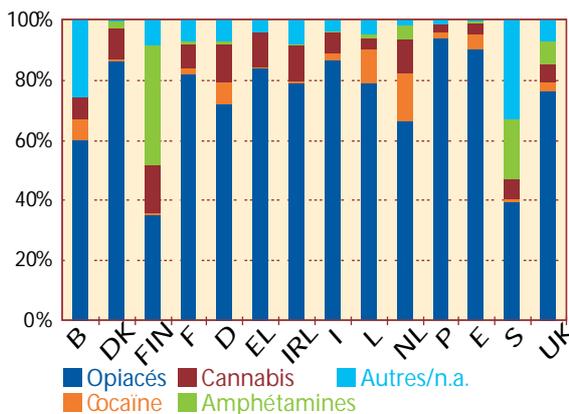


4) Demandes de traitement

- Les données concernant les demandes de traitement sont un indicateur indirect utile de l'usage problématique de drogues — les opiacés représentent 70 à 95 % des demandes de traitement dans tous les pays de l'UE, à l'exception de la Finlande (35 %) et de la Suède (38 %). Dans ces deux pays, les problèmes rencontrés sont généralement liés à l'usage d'amphétamines.
- La cocaïne est généralement signalée par moins de 5 % des demandeurs de traitement, même si ce chiffre atteint 11 % au Luxembourg et 14 % aux Pays-Bas. La cocaïne est également mentionnée comme produit secondaire par un grand nombre de consommateurs d'opiacés.

- Le cannabis représente 2 à 16 % des cas de traitement. Dans la plupart des pays, cette proportion se situe entre 2 et 10 % environ, mais atteint 13 % en Allemagne et 16,5 % en Finlande.
- Dans la plupart des pays, les amphétamines représentent 1 à 2 % des admissions, mais ce pourcentage atteint 39,5 % en Finlande et 24,4 % en Belgique (flamande).
- La majorité des demandeurs de traitement sont de sexe masculin (70 à 90 %), âgés de 20 à 30 ans. L'âge moyen des usagers de drogues en traitement continue à légèrement progresser dans la plupart des pays.
- La prévalence de l'utilisation de la voie intraveineuse parmi les patients en traitement varie considérablement selon les pays, de 10 à 15 % à plus de 80 %. La part des injecteurs diminue dans la plupart des pays.

Graphique 4 — Drogue principale pour laquelle les patients ont demandé un traitement dans différents pays de l'UE



5) Décès liés à la drogue et mortalité

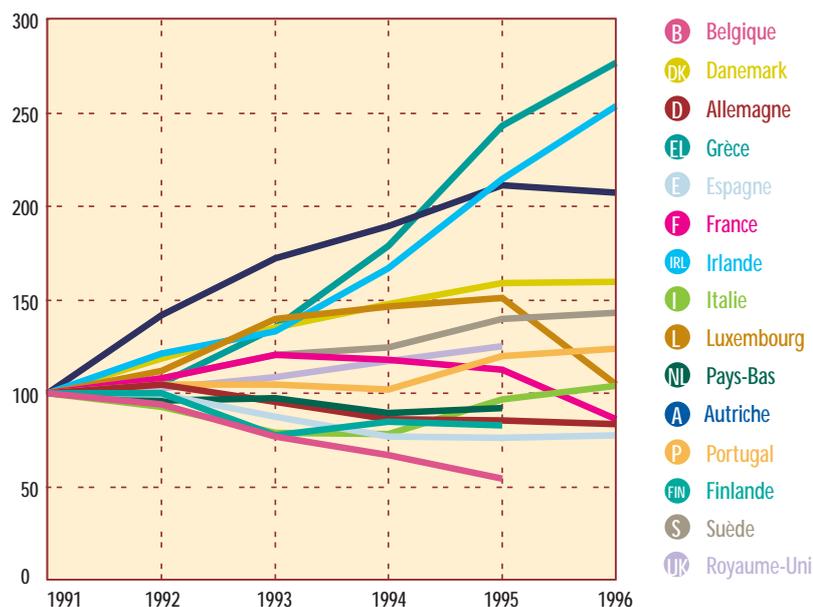
- Les comparaisons entre les pays sont rendues difficiles par les différences de type de registres et de procédures d'enregistrement. L'OEDT travaille sur l'amélioration de la comparabilité de ces données.
- Le risque de décès chez les toxicomanes qui s'injectent des opiacés est de vingt à trente fois plus élevé que parmi la population en général de même âge (décès par surdose, dus à des maladies infectieuses, par suicide ou par accident).
- La plupart des décès par intoxication aiguë sont liés aux opiacés, même si l'on trouve également fréquemment de l'alcool et des benzodiazépines.

- Bien que les décès liés à l'ecstasy aient été fortement médiatisés, les cas de décès provoqués par des drogues synthétiques sont très peu nombreux.
- Après une croissance initiale importante des décès directement liés à la drogue, la tendance est désormais à la stabilisation ou à la baisse dans la plupart des pays de l'UE, à l'exception de certains d'entre eux où la croissance perdure.
- L'interprétation des changements dans les taux de mortalité est rendue difficile par les changements dans les modèles de consommation qui peuvent être ou ne pas être le résultat d'interventions ciblées. En outre, les modifications de définitions et de procédures d'enregistrement peuvent avoir un impact sur les réelles tendances.

6) Maladies infectieuses

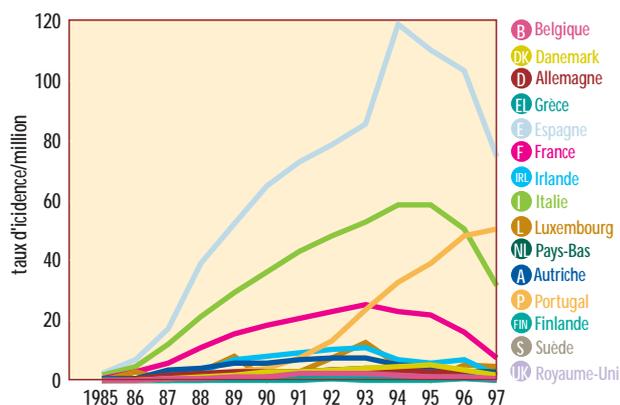
- Les taux d'infection par le VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) varient de 0 à 30 % entre pays et encore davantage entre régions et villes. Cela s'explique à la fois par la date d'apparition du virus, l'impact et la rapidité des interventions ainsi que le changement de comportement des UDVI.
 - La prévalence du VIH parmi les UDVI est stable ou décroissante dans tous les pays de l'UE, toutefois, les jeunes UDVI continuent à être contaminés.
 - Le taux de nouveaux cas de sida décline fortement en raison des nouveaux traitements qui retardent le déclenchement de la maladie. Le sida semble désormais être un indicateur de prise de traitement plutôt qu'un indicateur d'infection par le VIH.
 - La prévalence de l'hépatite B varie de 3 à 75 %, alors que des taux pour l'hépatite C supérieurs à 90 % ont été mentionnés même dans des pays où les taux de VIH sont peu élevés.
 - Dans l'UE, on estime à 500 000 le nombre d'UDVI infectés par l'hépatite C, ce qui pourrait avoir, dans le futur, un impact important sur les besoins de prise en charge sanitaire.
- ### 7) Arrestations policières, usage de drogues en prison
- Dans ce domaine, les données font référence aux interventions liées à l'application de la loi, et de

Graphique 5 — Tendances du nombre de décès liés à la drogue dans les pays de l'UE (1991-1996) — Moyennes mobiles sur trois ans indexées (1991 = 100)



NB: Les chiffres absolus des décès brutaux liés à la drogue ne peuvent pas être comparés directement entre les pays en raison des différences de définitions et des méthodes de collecte de données. Noter que les tendances sont indiquées et non les chiffres.

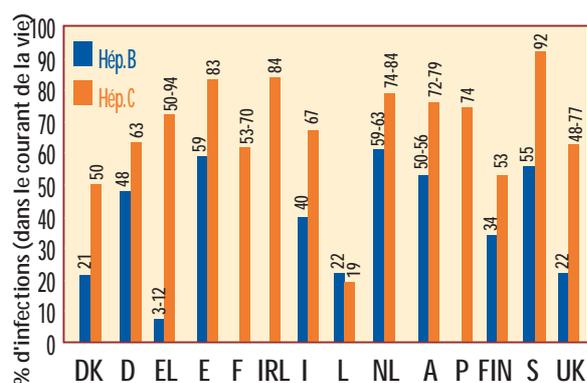
Graphique 6 — Incidence du sida sur les consommateurs de drogues par injection dans les pays de l'UE



ce fait elles varient entre les États membres en fonction des différences sur le plan de la législation, des procédures d'enregistrement, des ressources et des priorités des services répressifs.

- Le nombre d'arrestations liées à la drogue s'est accru dans tous les pays depuis 1985, avec une multiplication par plus de quatre en Belgique, en Finlande, en Grèce, au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni. Au cours des dernières années, cet

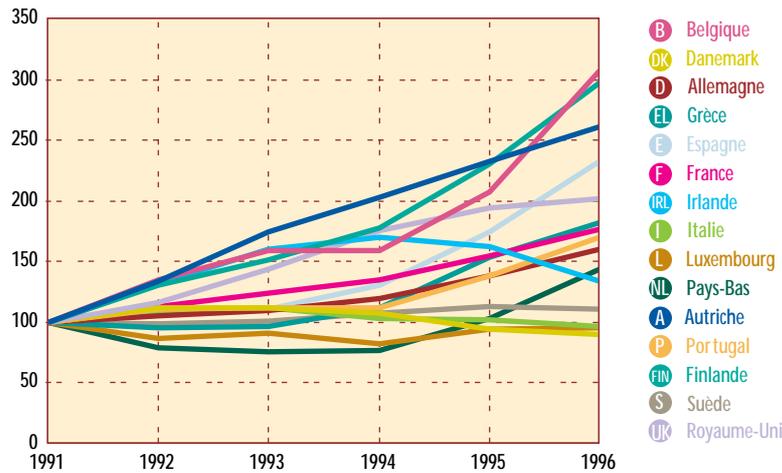
Graphique 7 — Infection de l'hépatite B et C parmi les consommateurs de drogues par injection dans l'UE



accroissement s'est accéléré dans de nombreux pays, à l'exception du Danemark, de l'Irlande, de l'Italie, de la Suède et du Royaume-Uni, où le nombre d'arrestations se stabilise ou diminue.

- Dans les pays ayant fourni l'information, les infractions liées à l'usage sont prédominantes parmi l'ensemble des arrestations liées à la drogue; l'usage constitue l'infraction principale de 65 à plus de 85 % d'entre elles. Par ailleurs, dans tous les pays, à l'exception de l'Italie, des Pays-Bas et de

Graphique 8 — Incarcérations pour infractions judiciaires liées à la drogue dans les pays de l'UE (1990-1996) — Moyennes mobiles sur trois ans indexées (1991 = 100)



la Suède, le cannabis est, parmi les produits impliqués dans les arrestations, celui qui prédomine.

- Peu de pays disposent d'informations fiables sur l'usage de drogues en prison, et le type de données varie considérablement, mais les estimations semblent indiquer que les usagers de drogues représentent 25 à 70 % de la population carcérale, 20 à 50 % si l'on considère les usagers problématiques.

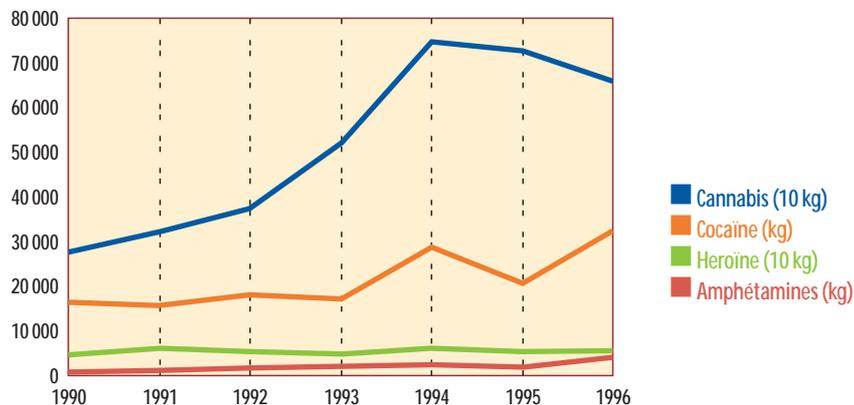
8) Indicateurs du marché des drogues

- Cannabis: au cours des dernières années, l'ensemble des quantités saisies est resté stable, l'Espagne venant en premier par l'importance des quantités saisies en 1997. Dans la plupart des pays, le nombre de saisies de cannabis, contrairement aux quantités, continue d'augmenter. Le nombre de saisies de cannabis est plus im-

portant que pour toute autre drogue. Son prix semble être relativement stable.

- Héroïne: depuis 1991, les quantités varient autour de 5 à 6 tonnes, avec les plus importantes saisies en Allemagne et au Royaume-Uni. Après une augmentation continue entre 1985 et 1992, le nombre de saisies s'est stabilisé depuis lors. Le prix de l'héroïne varie considérablement d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, mais il semble stable. Le degré de pureté varie de moins de 25 à plus de 40 %.
- Cocaine: depuis 1994, on note une augmentation considérable des saisies de cocaïne aussi bien en termes de quantités que de nombres de prises; pour 1997, les saisies les plus importantes ont été faites en Espagne. Le prix de la cocaïne est relativement stable dans la plupart des pays. La pureté dépasse généralement 50 %.

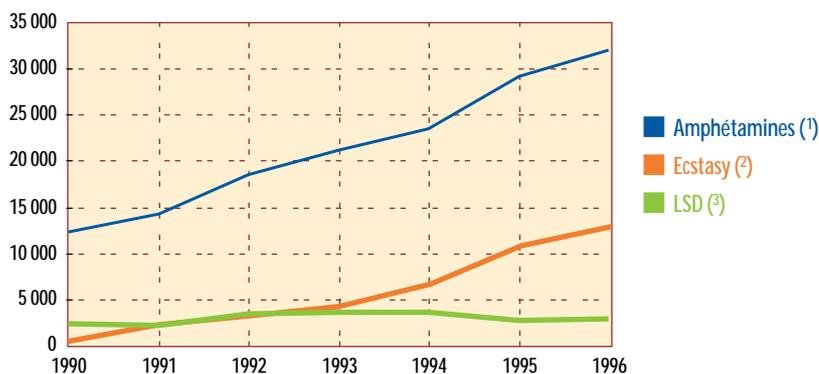
Graphique 9 — Quantités de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines saisies dans les pays de l'UE en 1990-1996



- Drogues synthétiques: les quantités saisies d'amphétamines et d'ecstasy ont rapidement augmenté au début des années 90, avec un pic en 1996 pour l'ecstasy. Le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Allemagne prédominent pour les quanti-

tés saisies. Les saisies de LSD sont moins fréquentes. Le prix des amphétamines et de l'ecstasy est en diminution depuis peu, tandis que la pureté de ces deux produits varie considérablement.

Graphique 10 — Nombre de saisies de drogues synthétiques dans les pays de l'UE sélectionnés (1990-1996)



(1) Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Autriche, Suède, Royaume-Uni.

(2) Belgique, Danemark, Espagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Autriche, Suède, Royaume-Uni.

(3) Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Autriche, Suède, Royaume-Uni.

NB: Pour la Belgique, l'Irlande et le Royaume-Uni, les données manquantes pour 1996 et 1997 ont été extrapolées par rapport aux tendances générales des autres pays.

3. Conclusions

La tendance à l'augmentation de la polytoxicomanie, notamment les consommations associées d'alcool et de médicaments détournés de leur usage normal, ainsi que l'accroissement de la consommation d'amphétamines nécessitent une évaluation rapide et précise, de même qu'une planification des services souple et réactive.

Par ailleurs, le domaine étudié doit être élargi, et l'accent doit porter sur des sous-groupes caractérisés par des facteurs démographiques, culturels et interpersonnels aussi bien d'expérimentateurs que d'usagers problématiques de drogues.

Enfin, la qualité des données doit être améliorée pour un meilleur ciblage des interventions et une évaluation plus précise.

II — Réduction de la demande

La définition de l'OEDT de la réduction de la demande de drogues couvre toutes les activités des institutions sanitaires, sociales, relatives à l'éducation et au système pénal qui ont pour but de prévenir la consommation de drogues, de fournir une aide et un traitement aux usagers de drogues, de réduire les effets néfastes de la consommation de drogues et de promouvoir la (ré)intégration sociale des ex-toxicomanes. La réduction de la demande porte non seulement sur les individus, mais égale-

ment sur les familles, les groupes et les communautés, comme base d'une approche sociale plus large dans le domaine de la toxicomanie, qui a pour condition préalable la coopération entre les instances légales, les individus et les groupes communautaires.

Les tendances générales montrent une diversification dans le domaine de la prévention, qui emploie une stratégie sur deux fronts — un programme

d'enseignement large et des mesures en faveur de la santé qui concernent l'ensemble de la population, complétés par des actions spécifiques ciblant des groupes vulnérables et à risque. L'aide aux usagers de drogues revêt de plus en plus la forme de services différenciés, orientés en fonction des cas individuels, parallèlement au processus qui a pour but l'amélioration de la coordination des services existants, et des structures de coopération.

Dans le rapport de l'OEDT pour 1997, l'accent est mis sur les projets et les interventions qui ont reçu une évaluation adéquate; cette évaluation sert de critère de qualité pour déterminer la pertinence de la politique choisie. Le fait que plusieurs projets et programmes ne soient pas évalués est néfaste du point de vue de l'assurance qualité dans le domaine de la réduction de la demande. En 1997, les activités ont été centrées autour des domaines clés décrits ci-après.

1. Prévention

L'accent est mis davantage sur le lancement de programmes scolaires d'information à un âge précoce, qui constituent des facteurs de protection contre la consommation de drogues par la suite. Cette approche est axée sur le bien-fondé de la prévention contre la drogue dans le contexte d'une vie saine, et elle est élargie à la famille, à l'école et à la communauté, considérées comme des acteurs clés dans ce processus. Toutefois, de vastes programmes de prévention ciblant la communauté restent un phénomène rare. Les résultats des évaluations mettent en évidence l'amélioration des relations individuelles, de l'autonomie et de la résistance à la pression de l'entourage comme facteurs de protection essentiels. Les projets impliquant l'entourage ont démontré leur utilité comme moyen d'inclure la prévention de base aux activités de loisirs des jeunes. Malgré le manque d'évaluation réelle des campagnes médiatiques, certaines données suggèrent qu'elles ont provoqué une sensibilisation de l'opinion publique. Le réseau Internet est de plus en plus utilisé comme une source d'informations.

Alors que beaucoup d'efforts ont déjà été déployés dans ce sens, dans l'avenir, la clé du progrès dépendra de la coordination et de la participation des communautés, soutenues par des critères d'évaluation des objectifs et de l'impact des projets clairement définis (par une évaluation du processus et la recherche du résultat). L'audience ciblée est non seulement les jeunes «à risque», mais également l'ensemble de la communauté.

2. Intervention précoce et groupes à risque

Partout dans l'UE, l'accent est mis de plus en plus sur la réduction des effets néfastes de la consommation de drogues pour les groupes qui essaient l'ecstasy et d'autres drogues lors des événements «dance». Dans ce domaine, les mesures spécifiques contiennent des lignes directrices sur l'organisation de «safe raves», concernant l'eau potable, les salles de détente, l'information et le conseil ainsi que l'installation de dispositifs d'essai sur place.

Les stratégies du travail sur le terrain ont permis l'accès aux groupes à risque et marginalisés, souvent dans le cadre de réseaux informels d'aide sociale. Les résultats de ces stratégies ont été encourageants non seulement du point de vue d'un changement des comportements à risque et à l'égard de la santé, dans le cadre de la stratégie de réduction des effets néfastes de la consommation de drogues, mais également du point de vue du contact établi avec des groupes qui sont dans la phase d'essai des drogues.

De nombreuses stratégies de réduction de la demande et des effets néfastes de la consommation de drogues ont été mises en place pour réduire les risques de toxicomanie chez les jeunes. Elles comprenaient des mesures de sécurité pour les «raves», des approches concernant le travail sur le terrain et des projets impliquant les communautés qui visent à mobiliser des ressources au niveau local pour combattre les effets néfastes de la consommation de drogues.

3. Prévention des maladies infectieuses

Les mesures de réduction des effets néfastes de la consommation de drogues ont joué un rôle important dans la lutte contre la propagation du VIH. Un grand nombre de stratégies — telles que la prescription de traitements de maintenance comme la méthadone, le système d'échange des seringues et des aiguilles, qui représente un service facilement accessible («à bas seuil»), ainsi que les campagnes pédagogiques et d'information — ont été combinées pour créer un impact positif dans plusieurs pays de l'UE. Toutefois, il n'existe pas d'éléments qui témoignent d'un impact sur la transmission du virus de l'hépatite C. L'infection de la tuberculose parmi les usagers de drogues est également préoccupante.

Il a été démontré qu'il était possible de prévenir la propagation des maladies infectieuses parmi les

toxicomanes si différentes stratégies de réduction des effets néfastes de la consommation de drogues sont mises en place. Même si les stratégies actuelles sont étendues, elles doivent inclure les traitements de substitution, le système d'échange des seringues et des aiguilles, la postcure ainsi que de nombreux dispositifs adéquats facilement accessibles.

4. Programmes de substitution et de traitement

Dans plusieurs pays de l'UE, l'augmentation du

nombre des programmes de substitution disponibles a été accompagnée d'un besoin de cohérence de leur suivi et de critères d'efficacité des résultats clairement définis (voir ci-dessous les estimations relatives à la prescription de substituts dans les États membres). Même si l'efficacité de la méthadone en termes de santé et d'intégration sociale a été reconnue, l'élargissement de la pratique des traitements de substitution pourrait entraîner des problèmes liés au contrôle de la qualité.

Tableau 1 — Estimation quantitative des traitements de substitution (en général méthadone)

États membres		
Belgique	6 617	
Danemark	2 400	
Allemagne	60 000	40 000 méthadone, 20 000 codeïne
Grèce	400	
Espagne	51 000	
France	46 700 - 56 700	41 000-51 000 Subutex, 5 700 méthadone
Irlande	3 000	
Italie	40 864	
Luxembourg	158	
Pays-Bas	11 676	
Autriche	2 966	
Portugal	2 324	2 007 méthadone, 317 LAAM
Finlande	200	
Suède	600	
Royaume-Uni	28 776	Toxicomanes enregistrés suivant un traitement de substitution (1996)
Total	plus que 265 664	

En plus de la méthadone, un certain nombre d'alternatives sont examinées actuellement dans plusieurs pays européens — comme le LAAM, la buprénorphine et l'héroïne sur ordonnance. Tous les pays de l'UE sont conscients de l'importance des différentes options, avec drogue de substitution ou sans, adaptées aux besoins individuels, pratiquées dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes avec ou sans hébergement. Ils

reconnaissent également le besoin d'une postcure efficace et d'une coopération entre les dispositifs de traitement spécialisés et les services des établissements de santé et du système social. Enfin, le besoin de soins somatiques de base pour les usagers de drogues a été également reconnu, et des programmes de coopération avec les médecins généralistes et les hôpitaux ont été mis en place.

Pour que les interventions soient efficaces, elles nécessitent une évaluation beaucoup plus approfondie au niveau national et entre les États membres. Si nous savons que les traitements donnent des résultats, ils devraient être adaptés aux besoins individuels et inscrits dans un cadre plus large qui implique la participation de la communauté et la possibilité d'une postcure.

5. Politique du système pénal

En complément de son rôle traditionnel dans le domaine de la réduction de l'offre, la police participe de plus en plus à la réduction de la demande et au processus d'information scolaire ainsi qu'aux stratégies d'aide au partenariat communautaire. Tous les États membres de l'UE présentent des alternatives à la détention des usagers de drogues qui proposent à la place de la prison un traitement ou un travail au sein de la communauté. Plusieurs projets ont essayé la formation et la réinsertion comme solution de remplacement, tandis que certains pays pratiquent le traitement obligatoire pour les toxicomanes délinquants. Les comparaisons entre les prévalences des usagers de drogues incarcérés sont compliquées à cause des définitions et des critères différents utilisés pour la toxicomanie, mais, dans l'ensemble, leur pourcentage varie de 15 à 50 %. Les traitements de substitution ou sans drogues sont de plus en plus répandus dans les prisons, et ils ont donné quelques résultats positifs.

Il existe un large consensus sur le besoin de solutions de remplacement à la détention des usagers de drogues, et plus particulièrement de ceux qui ont commis une première infraction mineure, accompagnées d'options de traitement en milieu pénitentiaire en complément des alternatives à la détention. Ces modèles ont démontré leur rentabilité et représentent des mécanismes souples offrant

une alternative à l'escalade des nuisances de la drogue (et aux problèmes liés à la santé publique qui en découlent) résultant de la simple détention des toxicomanes.

6. Groupes cibles spécifiques

Plusieurs pays ont reconnu le besoin d'une approche spécifique en fonction des sexes dans le domaine de la prévention; ainsi, les dispositifs répondant aux besoins de traitement spécifiques aux femmes — liés à la maternité, à la violence sexuelle et à la prostitution — deviennent de plus en plus répandus en Europe. Certains pays ont tenté des approches répondant aux besoins des toxicomanes en fonction de leur origine ethnique et culturelle. Enfin, la prise en charge des enfants des usagers de drogues occupe une place de plus en plus importante dans les programmes de prévention et de traitement.

Le besoin de donner une réponse appropriée aux problèmes de toxicomanie a conduit au développement de dispositifs spécialisés et d'options de traitement pour les populations ayant des besoins spécifiques — femmes, groupes ethniques, parents et enfants d'usagers de drogues à problèmes.

En conclusion, les résultats de 1997 s'inscrivent dans le cadre des travaux précédents, en mettant l'accent sur le besoin d'un partenariat communautaire comme base du traitement et de la prévention de la toxicomanie, avec un rôle croissant de l'évaluation qui sert de critère d'efficacité. Alors que le travail entrepris mérite notre admiration et a déjà porté ses fruits au niveau local, la coordination et la coopération au niveau national et entre les États membres par le dialogue et l'évaluation restent d'une importance cruciale pour pouvoir offrir un service cohérent de qualité.

III — La nature et l'étendue de l'usage de drogues en Europe centrale et orientale

1. Envergure

Les pays couverts sont: l'Albanie, l'ARYM (ancienne République yougoslave de Macédoine), la Bosnie-et-Herzégovine, la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovénie.

L'étude de l'ESPAD (projet européen d'enquête scolaire) menée en 1995 sous l'égide du groupe Pompidou du Conseil de l'Europe concernait sept pays de l'Europe centrale et orientale (l'Estonie, la Hongrie, la Lituanie, la Pologne, la République tchèque, la Slovaquie et la Slovénie), et elle a fourni des in-

formations valables concernant les usagers de drogues parmi les élèves âgés de 15-16 ans dans ces pays.

2. Historique et modèles de consommation actuels

L'usage de drogues illicites au sein des pays de l'Europe centrale et orientale n'est devenu une préoccupation qu'après les changements politiques du début des années 90. Toutefois, certains pays (la Hongrie, la Pologne, la Slovénie et l'ex-Tchécoslovaquie) avaient déjà identifié ce problème en y répondant par un développement de certaines stratégies de recherche et de traitement.

À la fin des années 70, l'usage de drogues par voie intraveineuse fabriquées localement a été signalé dans plusieurs pays (la Bulgarie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, l'ex-Tchécoslovaquie). Pendant la même période, l'abus de médicaments

pharmaceutiques est devenu un phénomène courant en Hongrie, en Pologne et en ex-Tchécoslovaquie ainsi que, dans une moindre mesure, en Bulgarie. Plus récemment, ce problème est apparu également en Albanie, en Bosnie-et-Herzégovine et dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine. Les changements politiques dans cette région au début des années 90 ont conduit non seulement à une intensification du trafic de drogues dans plusieurs pays de l'Europe centrale et orientale, mais également à un accroissement de la consommation domestique des drogues importées.

3. Tendances spécifiques par type de drogues

L'étude de l'ESPAD de 1995 a mis en évidence le cannabis comme drogue la plus fréquemment utilisée par les adolescents et les jeunes adultes au sein des sept pays d'Europe centrale et orientale participant à cette étude.

Tableau 2 — Usage du cannabis au cours de la vie par la population scolaire (âgée de 15-16 ans)

Pays	Taille de l'échantillon	Usage (%)	
		Garçons	Filles
Estonie	3 118	10	5
Hongrie	2 571	5	4
Lituanie	3 196	2	1
Pologne	8 940	2	5
République tchèque	2 962	25	18
Slovénie	3 306	4	12
Slovaquie	2 376	12	6

La même étude place les solvants en deuxième position parmi les substances les plus utilisées. Dès le début des années 90, plusieurs pays de l'Europe centrale et orientale ont été confrontés à une augmentation de la consommation de l'héroïne (Bulgarie, République tchèque, ancienne République yougoslave de Macédoine, Hongrie, Slovaquie et Slovénie). Les tendances plus récentes indiquent le passage progressif aux injections d'héroïne importée (voir le

graphique figurant ci-après). Récemment, l'usage de médicaments pharmaceutiques combinés à des drogues illicites s'est répandu en Bulgarie, en Bosnie-et-Herzégovine, dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine, en Hongrie, en Slovaquie et en Slovénie. Le niveau de consommation de cocaïne reste toujours bas, mais les saisies sont significatives d'une augmentation du trafic en Pologne, en République tchèque, en Hongrie et en Roumanie.

Tableau 3 — Pourcentage des usagers d'héroïne comme produit principal dans les villes des pays de l'Europe centrale et orientale

Pays	Ville	Demande de traitement (1996)	L'héroïne comme produit principal (1994-1996)		Injection IV (1994-1996)	
			%	Tendance	%	Tendance
Bulgarie	Sofia	449	95	hausse	63	baisse
Bulgarie	Varna	70	86	hausse	73	stable
Hongrie	Szeged	378	52	stable	50	hausse
Pologne	Gdansk	955	77	stable	77	stable
Pologne	Varsovie	1 023	57	baisse	59	baisse
République tchèque	Prague	634	38	hausse	72	stable
Slovénie	Ljubljana	139	69	stable	84	baisse
Slovaquie	Bratislava	829	95	stable	86	hausse

Demande de traitement — héroïne/opiacés
[M. Stauffacher, novembre 1997. P-PG/Epid (97) 24/projet].

4. Réponse législative

Les pays de l'Europe centrale et orientale ont fait des efforts pour adapter leur législation aux normes de l'UE. Tous les pays ont adopté une nouvelle législation dans le domaine de la drogue (la plupart depuis 1996). Dans tous les pays, la fabrication et le trafic de drogues représentent un délit entraînant des sanctions pénales, même si, dans l'ensemble, l'usage de drogues illicites n'est pas considéré comme tel. Tous les pays, à l'exception de l'Albanie, sont signataires des trois conventions des Nations unies sur les stupéfiants, les substances psychotropes et le trafic illicite; ils les ont ratifiées à l'exception de l'Estonie, qui n'a pas encore ratifié la convention de 1988.

5. Organes interministériels

Tous les pays, à l'exception de la Bosnie-et-Herzégovine et de la Roumanie, ont créé un organe interministériel qui a pour objectif la planification et la coordination des efforts dans le domaine du contrôle de la drogue entre les différents ministères (l'organe interministériel en Albanie n'est pas opérationnel). Ces groupes ont eu pour mission de préparer la nouvelle législation, les projets et les

rapports ainsi que les programmes nationaux dans le domaine de la drogue. Il en est résulté la mise en place de vastes programmes nationaux pluri-disciplinaires dans le domaine de la drogue par plusieurs pays d'Europe centrale et orientale.

6. Réduction de la demande

L'histoire de la réduction de la demande de drogues dans cette région varie selon les pays. En Pologne, la réduction de la demande existe depuis plus de vingt ans, en Roumanie elle est présente depuis quelques années seulement. Dans l'ensemble, la plupart des pays d'Europe centrale et orientale ne considèrent pas la réduction de la demande comme une priorité urgente et affectent plus de moyens à l'application de la loi (réduction de l'offre).

Le traitement en milieu hospitalier par des psychiatres et par d'autres professionnels de la santé reste le plus répandu. Dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, les services de traitement existent uniquement dans les grandes villes. Le traitement résidentiel à long terme et le traitement sans drogues sans hébergement se développent rapidement dans la majorité de ces pays.

La majorité des programmes et des stratégies au niveau national placent la prévention en premier lieu sur la liste des priorités, y compris l'information en milieu scolaire et la promotion de la santé.

Au cours des dernières années, les stratégies de réduction de la demande se sont étendues au travail sur le terrain et à la réduction des effets néfastes de la consommation de drogues. Même si on assiste à une meilleure implantation des programmes de substitution (maintenance par la méthadone) et des systèmes d'échange des aiguilles partout dans la région, de telles possibilités dans le domaine de la réduction des effets néfastes de la consommation de drogues sont encore rares, même dans les plus grands centres urbains.

Les organisations non gouvernementales souffrent souvent d'un manque de financement et ne sont pas utilisées comme elles le devraient. Elles ont besoin de renforcer leurs capacités et leurs performances, de trouver des fonds et d'améliorer la communication et la coopération avec les organisations gouvernementales.

7. Drogues synthétiques

Presque tous les pays signalent une augmentation du nombre des saisies, mais les rapports sur la consommation de ces drogues restent largement anecdotiques.

IV — Stratégies nationales

- 1) L'évolution de la législation doit être examinée dans le cadre d'une approche équilibrée entre, d'une part, les activités de réduction de la demande et de l'offre et le rôle des sanctions alternatives et, d'autre part, les approches de coopération pour résoudre les problèmes liés à la drogue dans l'UE.
- 2) Les développements spécifiques de la législation sont plus particulièrement mis en évidence dans la distinction entre les approches médicales et thérapeutiques du point de vue de la lutte contre la criminalité liée au trafic et la réponse législative spécifique au contrôle de l'usage du cannabis, dont le caractère, situé au cœur du débat public et politique, a suscité, en 1997, une vive polémique partout dans les États membres. Alors que quelques pays de l'UE en tolèrent la consommation et la détention seulement dans des cas individuels et dans certaines circonstances, d'autres appliquent des sanctions moins sévères pour les infractions liées à cette drogue. Tous les États

membres sont résolus à combattre la criminalité liée au trafic du cannabis.

- 3) La polémique autour du cannabis se situe dans le cadre des structures nationales qui donnent des réponses légales spécifiques à chaque type de drogues ou génériques, c'est-à-dire applicables à toutes les drogues illicites. Toutefois, même dans les pays où la loi ne prévoit pas de traitement différencié en fonction des substances, la tendance est de mettre en place des procédures qui tiennent compte des circonstances ainsi que du type et de la quantité des substances illicites utilisées. Ainsi, dans certains pays européens, les sanctions sont en partie déterminées par le type de saisie classé dans une des trois catégories dont le critère déterminant est la quantité et la possession de petites quantités pour usage personnel qui entraînera un avertissement ou des mesures alternatives plutôt qu'une sanction.

Le graphique suivant met en évidence la politique des États membres concernant l'usage du cannabis.

Tableau 4 — Mesures législatives concernant le cannabis

Belgique	<ul style="list-style-type: none"> • La possession et la culture à usage personnel sont moins sanctionnées. • L'usage en public, l'incitation à la consommation, la vente et le trafic restent un délit grave.
Danemark	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de distinction entre les drogues. • La première infraction est enregistrée au casier judiciaire central. • Les récidives sont sanctionnées par des amendes ou des peines. • Recommandation de précaution pour la détention de petites quantités.
Allemagne	<ul style="list-style-type: none"> • La détention de petites quantités à usage personnel constitue une infraction criminelle mais ne fait pas l'objet de poursuite ni de sanction pourvu qu'il n'y ait pas de préjudice à l'égard d'une tierce personne.
Grèce	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas de distinction entre les drogues «douces» et les drogues «dures». • L'usage du cannabis est considéré comme pouvant entraîner une dépendance psychologique et/ou physique, servir de «drogue passerelle» et représenter un risque pour la société.
Espagne	<ul style="list-style-type: none"> • La détention et la consommation dans les lieux publics sont sanctionnées par des mesures administratives. • Il existe une distinction entre les drogues susceptibles d'avoir de sérieuses conséquences sur la santé et celles qui n'en ont pas en cas de culture ou de trafic.
France	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de distinction légale entre les drogues dont la consommation peut entraîner une amende et/ou jusqu'à un an d'emprisonnement. Le traitement médical et le suivi social des usagers de cannabis abusifs, ainsi que l'acceptation d'un traitement constituant une alternative aux sanctions. • Avertissement pour une première infraction en matière d'usage de cannabis si l'usage est occasionnel et le consommateur socialement intégré.
Irlande	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe une distinction entre la détention pour usage personnel et la détention à usage commercial. • Des amendes sont appliquées pour la détention de cannabis à usage personnel dans le cas de premières ou de secondes infractions.
Italie	<ul style="list-style-type: none"> • Avertissement pour une première infraction liée à la détention pour usage personnel. • Les récidives ayant pour objectif un usage personnel sont soumises à des sanctions administratives (suspension du permis de conduire, de l'autorisation de port d'armes ou du passeport).
Luxembourg	<p>Il n'existe pas de distinction entre les drogues «douces» et les drogues «dures», mais les tribunaux distinguent entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • les usagers qui peuvent recevoir un seul avertissement (dans le cas de la toute première fois) ou qui suivent un traitement (la consommation n'étant généralement pas sanctionnée); • les dealers qui sont poursuivis par des mesures répressives.
Pays-Bas	<ul style="list-style-type: none"> • La consommation et la possession de quantités jusqu'à 5 g sont autorisés dans les «coffee shops» • Les directives spécifient les termes et les conditions de détention et d'usage de cannabis.
Autriche	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait des rapports dans le cas d'un premier usage de cannabis; • Les sanctions sont également déterminées en fonction de la quantité de drogue impliquée. Amende pour petits délits (petites quantités) et/ou jusqu'à six mois d'emprisonnement.
Portugal	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque drogue a une dose limite officielle journalière. • La détention est un délit. Les petites quantités peuvent être considérées comme un délit d'usage et par conséquent sanctionnées moins gravement par une «exemption de sanction» (qui est néanmoins enregistrée au casier judiciaire) s'il est prouvé qu'elles servent à un usage personnel et que la personne qui les consomme est un utilisateur occasionnel. • Si la quantité dépasse plus de trois fois la dose moyenne journalière autorisée, elle est sanctionnée plus sévèrement suivant qu'elle est utilisée exclusivement à des fins personnelles ou à des fins commerciales.
Finlande	<ul style="list-style-type: none"> • L'usage est sanctionné par une amende ou par une peine de deux ans de prison au maximum. • L'application des sanctions ne fait pas de distinction entre les drogues. Toutefois, la législation finlandaise retient le concept de «drogues très dangereuses» qui fait référence aux stupéfiants, susceptibles d'entraîner un décès par surdose ou d'avoir de graves conséquences sur la santé.
Suède	<ul style="list-style-type: none"> • La détention et la consommation de cannabis sont interdites. • Les sanctions sont déterminées en fonction des quantités impliquées. • La consommation de cannabis est sanctionnée par une amende. Cette amende pourrait être échangée contre une demande volontaire d'aide.
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • Les substances contrôlées sont divisées en trois catégories: A, B et C. • La détention de cannabis (jusqu'à 30 g, drogue de catégorie B) est sanctionnée par une peine maximale de cinq ans de prison. • Le trafic de cannabis est sanctionné par une peine maximale de quatorze ans. • Les tribunaux peuvent également pratiquer la caution, la mise en liberté surveillée ou la prestation d'un service d'utilité publique.

V — Mesures prises par l'Union européenne

Aucun changement politique ou organisationnel important n'étant intervenu dans l'Union européenne, le troisième plan d'action européen de lutte antidrogue demeure le cadre général de l'action antidrogue compte tenu du nouveau cadre établi par le traité de Maastricht pour lutter contre les stupéfiants par une approche intégrée. Il s'articule autour de trois domaines: la réduction de la demande, la réduction de l'offre et la coopération internationale, notamment en matière de politiques de lutte antidrogue. Disposer d'informations fiables et scientifiquement fondées est de plus en plus considéré comme une condition sine qua non pour élaborer une stratégie efficace. Les évolutions les plus importantes qui ont eu lieu en 1997 ont trait au choix des champs d'activité, aux changements dans les accords de financement interne et aux développements dans le financement externe.

1) **Champs d'activité:** la mesure la plus importante prise dans le cadre de la réduction de la demande a été la mise en œuvre du programme d'action communautaire sur la prévention de la toxicomanie, visant à encourager la coopération entre les États membres et à soutenir leurs efforts. Des actions seront encouragées dans le domaine de la collecte de données, de la recherche et de l'évaluation ainsi que dans l'information, l'éducation sanitaire et la formation. En 1997, vingt-deux projets de prévention ont été appuyés. Sont à noter également des activités de réduction de la demande liées à la réinsertion des toxicomanes (initiative «Emploi-Integra») et une proposition de réduction de l'incidence de la conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de médicaments ou de drogues

illicites. Les principales initiatives de réduction de l'offre ont touché au contrôle du commerce de substances chimiques utilisées dans la production de drogues illicites («précurseurs») et ont mis l'accent sur des stratégies de lutte contre le blanchiment de capitaux. Dans le cadre d'une initiative générale encourageant la coopération internationale, le programme multipays PHARE de lutte antidrogue suit les efforts de contrôle des stupéfiants consentis par les dix pays d'Europe centrale et orientale candidats à l'adhésion à l'Union européenne. Une réglementation établissant les principes, les objectifs et les modalités de la coopération UE - Nord-Sud en matière de drogues a été adoptée et mise en application [règlement (CE) n° 2046/97 du 13 octobre 1997]. En juin 1997, le traité d'Amsterdam a renforcé les actions communautaires destinées à réduire les problèmes de santé liés à l'usage de drogues, à informer et à prévenir afin de consolider de nouveaux objectifs ainsi que l'action communautaire en matière de sécurité et de justice.

2) **Activités de dépenses internes:** en 1997, pour un total de 33 millions d'écus, l'UE a soutenu huit lignes budgétaires, dont trois spécifiques aux drogues. Il s'agit du programme d'action communautaire pour la prévention de la toxicomanie (budget annuel: 4,9 millions d'écus, dont 69 % consacrés au soutien du réseau européen), des «Aspects mondiaux de la lutte antidrogue» (budget annuel: 1,2 million d'écus, dont 67 % pour la réduction de la demande) et de l'OEDT (budget total: 6,3 millions d'écus, pour soutenir la recherche, la formation ainsi que la produc-

Système d'information rapide concernant les drogues de synthèse

En juin, le Conseil européen a adopté une action commune visant à établir un système d'information rapide sur les nouvelles drogues de synthèse et l'évaluation des risques qui en découlent en vue de pouvoir appliquer des mesures de contrôle sur les substances psychotropes dans les États membres

ainsi que sur les nouvelles drogues synthétiques. L'OEDT et l'unité «Drogues» Europol ont été chargés de collecter l'information requise et de participer au comité responsable de l'évaluation des risques potentiels causés par l'utilisation et le trafic de nouvelles drogues de synthèse.

tion, l'analyse et l'échange d'informations). À cela s'ajoutent: le programme «Emploi-Integra» pour la réinsertion des toxicomanes (18,4 millions d'écus), la coopération dans les domaines de la justice et des affaires intérieures (4,5 millions d'écus) et le programme BIO-MED de recherche sur les aspects neurophysiologiques de la toxicomanie (1 million d'écus). En 1997, les dépenses internes s'élevaient à 33,3 millions d'écus, contre 15,2 millions en 1996.

3. **Activités de dépenses externes:** en 1997, deux lignes budgétaires spécifiques à la drogue ont été financées. Elles concernaient:

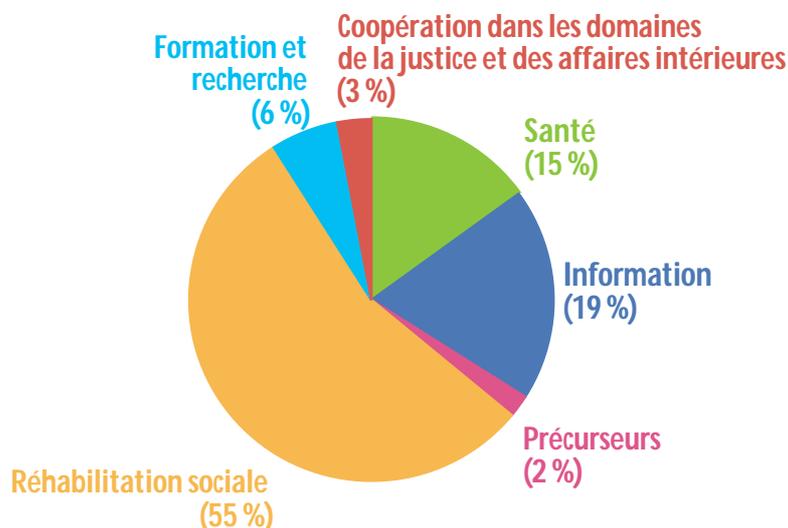
- la «coopération Nord-Sud» (8,9 millions d'écus pour financer la réduction de la demande, les efforts de répression et le contrôle des précurseurs chimiques en Amérique latine, en Asie, dans les Caraïbes et en Afrique ainsi que dans la région méditerranéenne);
- le programme multipays PHARE de lutte anti-drogue (5,0 millions d'écus pour établir des

systèmes d'information, créer une législation sur le blanchiment des capitaux, rendre le contrôle des précurseurs compatible avec l'UE, appliquer une stratégie de réduction de la demande et former le personnel).

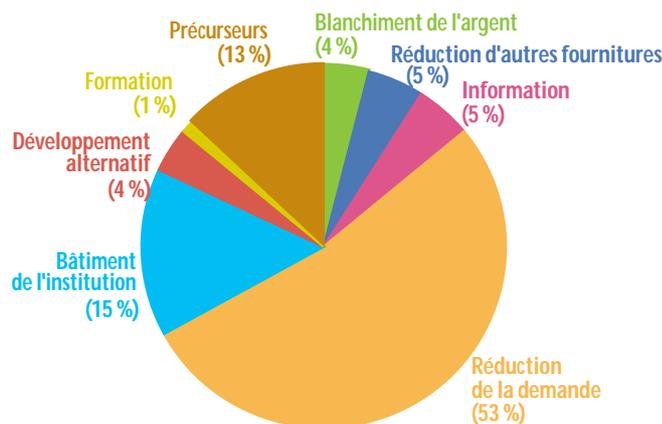
En 1997, les lignes budgétaires non spécifiques pour des projets concernant la drogue ont totalisé 6,2 millions d'écus, dont 92 % pour la région Afrique et 8 % pour les Caraïbes; 81 % du montant total ont été consacrés à des projets de réduction de la demande.

Au total, en 1997, plus de 53 millions d'écus ont été consacrés à des actions liées à la drogue menées à bien au sein de l'UE (62 %) et à l'extérieur (38 %). Dans l'UE, il s'est agi principalement d'actions de réinsertion, alors qu'en dehors 60 % du budget externe ont été consacrés à l'Afrique et aux pays d'Europe centrale et orientale. Cela représente une légère baisse par rapport aux 61 millions d'écus de 1996, la part des dépenses internes ayant fortement augmenté depuis 1996.

Graphique 1 — Analyse des dépenses internes



Graphique 2 — Dépenses communautaires externes liées à la drogue par domaine d'intérêt



VI — Action internationale

Les actions internationales menées dans le domaine de la drogue sont marquées par le rôle joué par les principales organisations impliquées à un niveau international, par leurs activités et leurs résultats en 1997. Les rapports sur les schémas et les tendances en matière de saisie de narcotiques et de substances psychotropes spécifiques se situent également parmi les indicateurs importants pour 1997.

1. Progrès accomplis en 1997

Depuis l'adhésion de l'Autriche en 1997, tous les États membres de l'UE ont désormais signé les traités de contrôle international des stupéfiants des Nations unies. La préparation de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies (Ungass) sur les drogues illicites (du 8 au 10 juin) a été un jalon important. Le Pnucid y a contribué par des documents de support afin de compléter la déclaration de cette session spéciale sur la réduction de la demande. L'OMS a continué à développer son programme sur la toxicomanie, alors qu'Interpol a, au cours de l'année, transmis plus de 2 millions de messages liés à la criminalité et a tenu son assemblée générale où dix-huit résolutions, contre le blanchiment de capitaux notamment, ont été adoptées. L'Organisation mondiale des douanes (OMD) a fait état d'une hausse des détections de stupéfiants de plus de 10 % par rapport à 1996.

2. Modifications dans l'approvisionnement en stupéfiants de l'UE

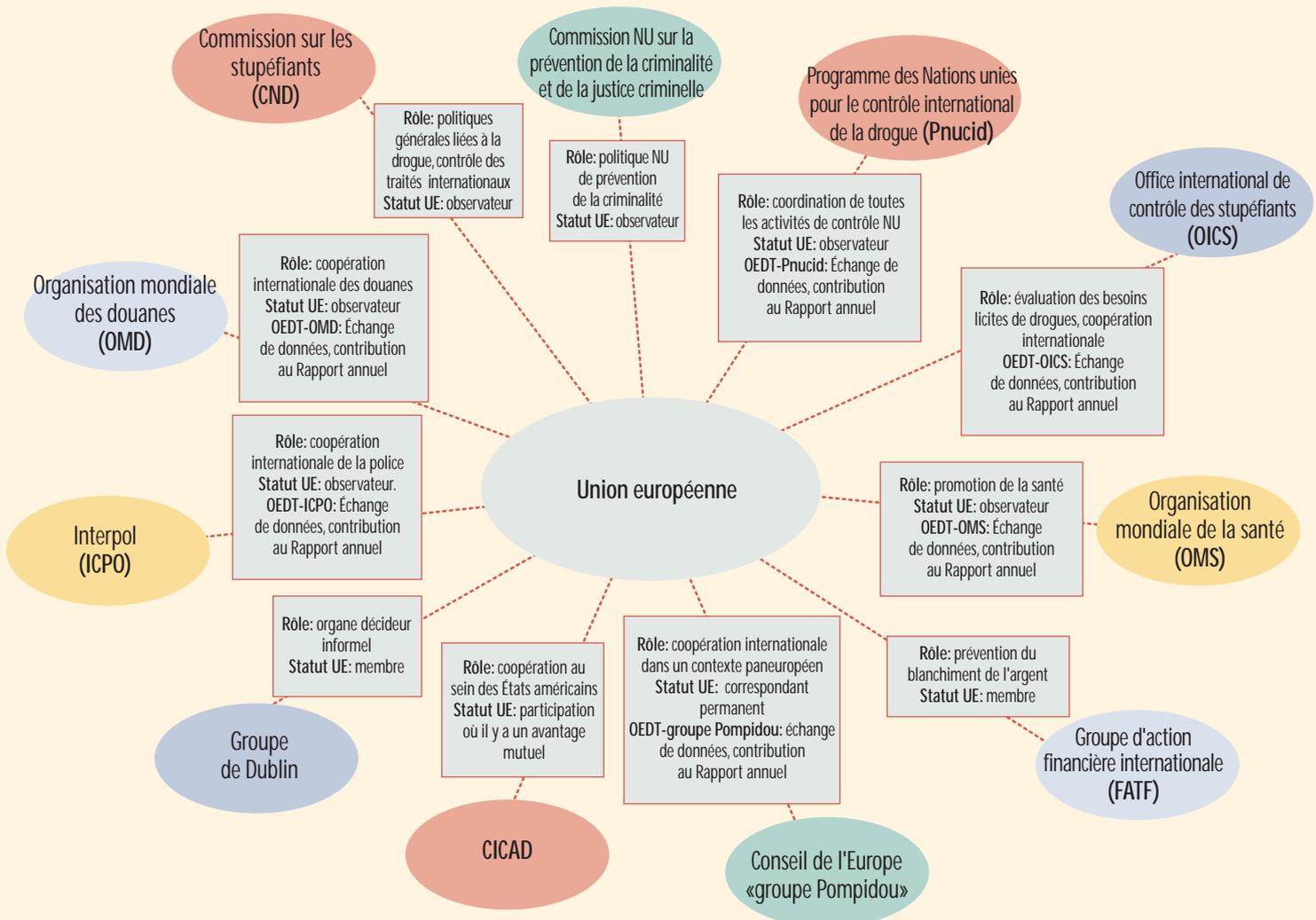
Malgré les efforts accrus de répression, l'approvisionnement en stupéfiants continue d'augmenter comme l'indique la stabilité du prix et de l'offre. En 1997, les saisies de cocaïne et d'amphétamines ont fortement augmenté, celles de résine de cannabis (haschich) ont légèrement augmenté et celles de feuilles de cannabis et d'héroïne (marijuana), légèrement baissé. Si le parcours de la drogue demeure quasiment inchangé, il y a eu une hausse de la production et du commerce de nouvelles drogues synthétiques dans l'UE et les pays d'Europe orientale, et l'existence d'exportations de drogues synthétiques vers d'autres régions a été prouvée. D'après Interpol, près de 800 tonnes de cocaïne et 450 tonnes d'héroïne sont produites chaque année dans le monde et destinées principalement à l'UE (38 tonnes de cocaïne et 4,4 tonnes d'héroïne ont été saisies dans l'Union européenne en 1997 d'après les informations fournies par l'unité «Drogues» Europol).

3. Acteurs internationaux

Les acteurs internationaux peuvent également être classés en trois catégories.

- Nations unies: elles ont mis en place plusieurs organes afin de s'attaquer aux questions liées à la

Tableau 5 — L'Union européenne et la communauté internationale dans le domaine des drogues



drogue. Ces derniers sont chargés de veiller sur l'application des traités internationaux. L'OICS (Office international de contrôle des stupéfiants), en particulier, est un organe indépendant et à caractère quasi juridique responsable de la manière dont les conventions internationales de contrôle des drogues sont appliquées et contrôlées; la Commission sur les stupéfiants est l'organe décideur central des Nations unies pour toutes les questions de contrôle des drogues. Le Pnucid (Programme des Nations unies pour le contrôle international de la drogue) agit comme le secrétariat de la Commission sur les stupé-

fiants et de l'OICS, offrant une assistance aux États membres dans la mise en œuvre des décisions prises par les organes décideurs.

En outre, l'Organisation mondiale de la santé des Nations unies (OMS) est chargée de promouvoir la santé publique et d'améliorer les conditions de vie. D'autres organes spécialisés des Nations unies sont également impliqués dans les questions de contrôle des drogues.

- Autres agences internationales: Interpol encourage la coopération internationale en matière de répression de la production, de la fabrication et

du trafic illicites de stupéfiants. Les liens unissant l'OEDT et Interpol depuis 1995 doivent être resserrés. L'Organisation mondiale des douanes (OMD) s'efforce d'harmoniser les procédures douanières et d'améliorer la détection des arrivages de stupéfiants.

- Organisations régionales: le groupe Pompidou (Conseil de l'Europe) encourage une approche pluridisciplinaire de la lutte contre les problèmes d'abus de stupéfiants au niveau paneuropéen. Le groupe de Dublin, quant à lui, est un organe international chargé de la coordination des poli-

tiques de contrôle des drogues. La commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) vise le trafic, la production et l'usage, et le groupe d'action financière internationale (FATF), le blanchiment de capitaux dans le système financier.

En conclusion, le développement de la coopération et de la coordination internationales s'est poursuivi en 1997, mais il doit être accentué à l'avenir si l'on veut juguler l'offre de narcotiques et de substances psychotropes.

VII — Analyse des dépenses publiques en matière de drogue

L'objectif de l'OEDT est d'étudier l'impact financier des politiques en matière de drogue dans l'UE, d'analyser la ventilation des dépenses publiques dans ce domaine et d'esquisser des approches permettant une analyse comparative de l'efficacité des dépenses publiques. Trois domaines de dépenses publiques ont été pris en considération: la répression (application des lois sur les stupéfiants), le traitement (coûts sanitaires associés au sida, notamment) et la prévention.

On distingue les dépenses directes pour des projets liés à la drogue et les dépenses effectuées au sein de ministères et d'administrations publiques dans le cadre, notamment, des efforts dits «antidrogue» (bien que la part exacte de ces dernières soit difficile à calculer).

Le tableau 7.1 se fonde sur des projets français et suisses ainsi que sur des données recueillies en Belgique, au Danemark, en Espagne, en Irlande et au Portugal. Les chiffres illustrent nombre des difficultés posées par l'absence de données et le manque de comparabilité entre les différents pays. Ainsi les données sur les arrestations pour «délits liés à la drogue» peuvent-elles comprendre le nombre de personnes arrêtées ou le nombre d'infractions à la loi.

Une méthode de calcul d'un «budget drogue» est exposée. Les dépenses directes pour des actions liées à la drogue servent de base pour calculer les dépenses des administrations publiques. L'exemple utilisé, le calcul de la répartition du temps de la po-

lice, peut être étendu aux dépenses du système judiciaire, par exemple. Pour le système pénitentiaire néanmoins, le calcul est plus compliqué, en raison des délits non liés à la drogue commis pour financer une activité liée à la drogue ou sous l'influence de stupéfiants.

Une étude européenne comparative des «budgets de la drogue» permettrait de mesurer les efforts consentis par chaque pays en termes de dépenses publiques. Le «budget drogue» en pourcentage du PIB est similaire dans les trois pays européens, mais est nettement plus important aux États-Unis. En pourcentage des dépenses publiques, les chiffres sont, eux, bien plus élevés aux États-Unis qu'en France et aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

En Europe, le budget alloué à la répression (près de 80 % dans les trois pays) est nettement plus faible qu'aux États-Unis (93 %). Néanmoins, dans tous les pays, il est difficile de calculer les montants consacrés à la prévention en raison de son caractère décentralisé. Augmenter les ressources d'une ligne budgétaire revient à en léser une autre, les dépenses totales étant rarement augmentées à une époque où les ressources sont limitées.

En conclusion, afin de poursuivre l'analyse, les États membres devront fournir davantage d'informations comparables. Cela permettra de mieux comprendre la manière d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques en matière de drogue et d'évaluer les coûts sociaux engendrés par le problème des drogues.

Tableau 6 — Dépenses publiques et budget «Drogue»

	Belgique	Danemark	Espagne	France ⁽²⁾	Irlande	Portugal	Royaume-Uni ⁽⁴⁾	Suisse ⁽³⁾
Budget de toutes les forces de police nationales ⁽¹⁾	1 724,71	667,37	3 166,43	3 780,15	620,61	n.a.	12 516,37	865,77
Interpellations pour infractions liées à la drogue	23 762,00	13 992,00	79 445,00	79 271,00	n.a.	9 333,00	998,00	42 000,00
Budget des douanes ⁽¹⁾	n.a.	n.a.	n.a.	585,32	65,05	n.a.	1 282,28	n.a.
Budget du système de justice criminelle ⁽¹⁾	463,83	1 062,28	707,12	3 094,73	894,44	n.a.	2 024,92	n.a.
Nombre de personnes incarcérées pour infractions liées à la drogue	n.a.	1 282,00	9 925,00	11 816,00	225,00	3 653,00	6 400,00	n.a.
Budget des institutions spécialisées dans le traitement de la toxicomanie ⁽¹⁾	69,38	n.a.	94,61	n.a.	10,09	3,77	273,27	n.a.
Lignes budgétaires destinées à la prévention de la toxicomanie ⁽¹⁾	n.a.	n.a.	36,77	n.a.	0,46	12,14	252,25	n.a.
Budget des institutions spécialisées dans la prévention de la toxicomanie ⁽¹⁾	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Montant dépensé pour la recherche ⁽¹⁾	n.a.	n.a.	7,35	6,35	1,30	n.a.	n.a.	n.a.
Montant dépensé pour l'action internationale ⁽¹⁾	n.a.	n.a.	4,26	10,58	0,19	0,01	273,27	n.a.

⁽¹⁾ En millions écus.

⁽²⁾ Koop and Palle — MILD T report (1996).

⁽³⁾ Estermann, J., *Consommation et trafic de drogues: les coûts de la répression*.

⁽⁴⁾ *Tackling drugs together* — Strategy for England, 1995-1998, HMSO, mai 1995.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

**Rapport annuel 1998 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne
Résumé et points essentiels**

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

1998 — 25 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-069-9



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

