



Observatoire européen
des drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2003

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
DANS L'UNION EUROPÉENNE ET EN NORVÈGE



Observatoire européen
des drogues et des toxicomanies

REPORT PROUD PZNO RAZ RAZ

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE DANS L'UNION EUROPÉENNE ET EN NORVÈGE

Notice légale

Ce document est la propriété de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) qui en détient les droits d'auteur. L'OEDT décline toute responsabilité quant à l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans le présent document. Le contenu de la présente publication ne reflète pas forcément les avis officiels des partenaires de l'OEDT, des États membres de l'UE ou de toute institution ou agence de l'Union européenne ou des Communautés européennes.

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

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

Un nouveau numéro unique gratuit:

00 800 6 7 8 9 10 11

Le présent rapport est disponible en allemand, en anglais, en danois, en espagnol, en finnois, en français, en grec, en italien, en néerlandais, en norvégien, en portugais et en suédois.

Toutes les traductions ont été réalisées par le Centre de traduction des organes de l'Union européenne.

Les données de catalogage se trouvent à la fin de la publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2003

ISBN 92-9168-160-1

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2003

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Belgium

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE



Observatoire européen
des drogues et des toxicomanies

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tél. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Sommaire

Préface	5
Remerciements et note d'introduction	7
Tendances et évolutions globales	9
Les tendances concernant la situation de la drogue	9
Évolution des réponses à la consommation de drogues	11
<hr/>	
Chapitre 1 — Situation de la drogue	
L'usage de drogues parmi la population en général	15
Consommation problématique de drogues	18
Demande de traitement	20
Maladies infectieuses liées à la drogue	24
Décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues	28
Criminalité liée à la drogue	33
Marchés de la drogue et disponibilité	36
<hr/>	
Chapitre 2 — Réponses à la consommation de drogues	
Évolutions nationales en matière de drogue	41
Évolutions juridiques	42
Évolutions au niveau de l'UE	43
Prévention	44
Mesures de réduction des risques	46
Traitement	49
Réponses ciblant les toxicomanes dans le cadre de la justice pénale	51
Réduction de l'offre	53
<hr/>	
Chapitre 3 — Questions particulières	
La consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes	57
Exclusion sociale et réinsertion	65
Les dépenses publiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogue	69
<hr/>	
Références	75
Points focaux Reitox	81



Préface

Dans ce rapport annuel 2003, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) présente à l'Union européenne et à ses États membres une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe. La publication du présent rapport coïncide avec le 10^e anniversaire de l'OEDT (règlement de 1993 portant création de l'OEDT) et c'est également la dernière fois que nous nous concentrons uniquement sur les 16 pays qui sont actuellement membres de cet organisme (les 15 États membres et la Norvège). Il convient donc de réfléchir brièvement à la fois aux évolutions qui sont survenues en matière de toxicomanie pendant cette période initiale et aux progrès réalisés par l'Observatoire dans sa mission consistant à fournir aux responsables politiques une analyse sérieuse, actualisée et éclairée sur l'évolution du problème de la toxicomanie.

Le phénomène de la drogue se caractérise principalement par sa nature dynamique. Même en se limitant à la courte période d'existence de l'OEDT, il est préoccupant de constater l'ampleur des différences qui caractérisent les évolutions dans la nature du problème de la toxicomanie comme dans la façon dont les États membres le traitent. Les modèles de consommation des drogues ont toujours été différents selon les États membres, en particulier en ce qui concerne leur échelle. Ce constat reste vrai, mais les données de ce rapport montrent que, de plus en plus, on observe des tendances qui illustrent la nature mondiale et européenne du problème. Il fut un temps où toute comparaison portant sur la consommation de drogues en Europe révélait plus de différences que de similarités, or, ce n'est plus le cas. Si la situation globale est complexe et s'il existe des variations considérables au niveau local, des modèles de consommation communs plus généraux se dégagent également. En tant qu'Européens, le constat selon lequel nous partageons, à bien des égards, un problème de toxicomanie, s'impose avec une acuité croissante. Aussi nous incombe-t-il à tous de tirer les leçons de nos expériences communes. Nous ne sommes pas les seuls à tirer cette conclusion: le plan d'action antidrogue de l'UE démontre l'engagement politique en faveur de cette question, et on reconnaît aujourd'hui de façon presque universelle que la politique dans ce domaine doit être fondée sur une compréhension approfondie de la situation.

Si les problèmes de toxicomanie ont évolué au cours des 10 dernières années, il en est de même de notre capacité à élaborer des rapports sur le sujet. Ce n'est pas seulement à l'OEDT qu'il faut attribuer ce progrès, mais également aux nombreux professionnels qui ont œuvré pour comprendre la nature du problème, pour élaborer des solutions efficaces et

pour évaluer de façon critique l'impact de leurs travaux. Toutefois, nous pensons que l'OEDT a joué un rôle vital, à la fois en tant que catalyseur pour le développement de données probantes et en tant que tribune nécessaire à la collaboration et aux progrès au niveau européen. Il y a dix ans, personne n'aurait pu parler avec confiance ou autorité de la situation de l'Europe en matière de toxicomanie. Aujourd'hui, ce rapport montre que cela est désormais possible. Nous sommes maintenant à la fois mieux préparés et mieux informés pour gérer non seulement les problèmes de toxicomanie auxquels nous sommes confrontés, mais également toute menace potentielle qui pourrait se présenter à l'avenir. Nous souhaitons saluer l'investissement considérable, au sein des États membres comme au niveau européen, qui a permis de développer les outils et les infrastructures afin de fournir ces données probantes, et exprimer nos remerciements, en particulier, aux points focaux du réseau Reitox.

Nous espérons que vous trouverez dans ce rapport un panorama complet de la situation de l'Europe en matière de drogue — des données complémentaires et plus détaillées peuvent également être consultées dans la version développée en ligne de ce document. Pour l'OEDT, ce rapport, à notre avis, marque également avec succès le terme de la première phase de développement des travaux de cet organisme, et nous devons maintenant nous tourner vers les défis que nous réserve l'avenir. Parmi ceux-ci, on notera la nécessité de continuer à améliorer la disponibilité, la qualité et la comparabilité des données européennes, et il nous faudra développer nos systèmes et notre capacité à gérer efficacement une base de connaissances de plus en plus importante sur la situation en matière de drogue dans une Union européenne élargie. À n'en pas douter, nos rapports devront de plus en plus traiter une situation plus vaste, plus diversifiée et plus complexe. Un des principaux défis que devra relever l'Observatoire restera la nécessité d'exploiter pleinement les informations dont nous disposons, afin de présenter une analyse approfondie, opportune et politiquement pertinente, en mettant en valeur la perspective européenne et en appelant une approche harmonisée.

Marcel Reimen

Président du conseil d'administration de l'OEDT

Georges Estievenart

Directeur exécutif de l'OEDT



Remerciements

L'OEDT souhaite exprimer sa gratitude envers les organismes mentionnés ci-après, dont la contribution a permis la rédaction du présent rapport:

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

Note d'introduction

Ce rapport annuel s'appuie sur des informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'UE et la Norvège (participant au travail de l'OEDT depuis 2001) sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques citées renvoient à l'année 2001 (ou à la dernière année disponible) en ce qui concerne le chapitre 1, «Situation de la drogue», mais peuvent se rapporter à l'année 2002 ou 2003 en ce qui concerne les tendances décrites dans les chapitres «Réponses à la consommation de drogues» et «Questions particulières».

Les rapports nationaux des points focaux du Reitox sont disponibles à:
http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

Une version en ligne détaillée du rapport annuel est disponible en douze langues et peut être consultée à <http://annualreport.emcdda.eu.int>. Cette version contient une foule d'informations et de statistiques complémentaires présentées sous la forme de tableaux, de graphiques et d'encadrés. Elle donne également d'autres renseignements sur la méthodologie employée, ainsi que des liens aux sources de données, aux rapports et aux documents de référence utilisés pour rédiger ce rapport.

Tous les éléments inclus dans les versions imprimées et en ligne sont répertoriés par thème en ligne (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).



Tendances et évolutions globales

Les tendances concernant la situation de la drogue

Le cannabis

Le cannabis demeure la drogue la plus fréquemment consommée dans l'UE, tandis qu'un grand nombre de pays signalent des taux de prévalence au cours de la vie dépassant 20 % de la population globale. Une estimation prudente indique qu'au moins un adulte sur cinq a essayé cette drogue.

Les indicateurs donnent à penser que la consommation de cannabis a augmenté dans l'ensemble de l'UE, même si cette augmentation semble s'être stabilisée dans certains pays, pour atteindre toutefois ce qui peut être considéré comme des niveaux sans précédent. On observe également des signes d'une convergence dans les modèles de consommation, même si les taux continuent à varier considérablement, l'Espagne, la France et le Royaume-Uni en particulier signalant des taux relativement élevés, le Portugal, la Finlande et la Suède des taux comparativement bas. Dans tous les pays, les estimations de la prévalence de la consommation récente (12 derniers mois) parmi les adultes demeurent inférieures à 10 %. En ce qui concerne les jeunes adultes, les taux de consommation sont bien plus élevés. Dans tous les pays, la prévalence de la consommation récente (12 derniers mois) atteint son niveau maximal dans la tranche d'âge des 15 à 25 ans, tandis que l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni signalent que plus de 20 % des représentants de cette classe d'âge ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Les estimations concernant la consommation au cours de la vie sont plus élevées, la plupart des pays estimant la prévalence au cours de la vie à des taux allant, chez les jeunes, de 20 à 35 %. Le nombre de personnes qui consomment du cannabis régulièrement est faible dans l'ensemble de la population (généralement moins de 1 %), bien que l'on observe des taux plus élevés de consommation régulière chez les jeunes, en particulier chez ceux de sexe masculin.

Une tendance inquiétante se manifeste dans la fréquence croissante avec laquelle le cannabis est mentionné dans le contexte de l'indicateur de la demande de traitement. Dans de nombreux pays, le cannabis est désormais la drogue la plus fréquemment mentionnée après l'héroïne, et on remarque une augmentation régulière de la demande de traitement liée au cannabis. Il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation de ces données, car plusieurs facteurs sont susceptibles d'intervenir dans ce cas. Un groupe de travail technique de l'OEDT étudie actuellement cette question, qui fera l'objet d'une publication en 2004.

Dans la plupart des pays de l'UE, la majorité des délits liés à la drogue concernent le cannabis. On observe une tendance à la

hausse des saisies de cannabis au cours de la dernière décennie, même s'il semble qu'elles se soient stabilisées. L'Europe demeure le principal marché mondial pour la résine de cannabis, près des trois quarts des saisies de cette substance se produisant au sein des frontières de l'UE. De nombreux pays signalent également une augmentation des cas de culture de l'herbe de cannabis au sein de l'UE. La teneur en THC, la substance active principale du cannabis, varie considérablement selon les échantillons prélevés dans la rue. En moyenne, la teneur en THC de la résine et de l'herbe de cannabis est semblable (5-14 % et 5-11 % respectivement), bien que certains échantillons des deux formes de drogue aient parfois une teneur en THC très élevée.

Les amphétamines et l'ecstasy (MDMA)

L'Europe demeure un lieu important de production et de consommation d'amphétamines et d'ecstasy, mais pas de métamphétamines. Après le cannabis, la drogue la plus fréquemment consommée dans les pays de l'UE est en général soit l'ecstasy soit l'amphétamine, les taux d'expérience au cours de la vie parmi les adultes allant en général de 0,5 % à 5 %. Par le passé, la prévalence de la consommation d'amphétamines dépassait en général celles de la consommation d'ecstasy, mais cette différence est aujourd'hui moins apparente. Chez les jeunes d'âge scolaire, l'expérience au cours de la vie des inhalants se place seulement derrière celle de cannabis et elle est en général beaucoup plus répandue que l'expérience de l'ecstasy ou des amphétamines.

Comme pour le cannabis, les taux les plus élevés de consommation au cours de la vie et de consommation récente s'observent chez les jeunes adultes. Plusieurs indicateurs semblent indiquer que la consommation d'ecstasy a continué à se répandre dans certaines sections de la jeunesse des villes en Europe. Certaines études ont permis de constater des taux de prévalence extrêmement élevés parmi ces catégories, alors qu'on n'observe aucune augmentation prononcée de la consommation de cette drogue dans le reste de la population.

Le nombre de personnes qui suivent un traitement pour un problème d'amphétamines varie considérablement en Europe: en Finlande et en Suède, à peine moins d'un tiers des consommateurs de drogues qui se font soigner sont des consommateurs d'amphétamines, contre environ 9 % en Allemagne et 3 % au moins dans les autres pays. Dans presque tous les pays, les taux de demande de traitement liés à l'ecstasy sont très bas. Un petit nombre de décès peut être attribué directement à la consommation d'ecstasy en Europe, mais dans l'ensemble, ces chiffres demeurent faibles, par comparaison aux décès liés aux opiacés.

Malgré quelques fluctuations récentes, et peut-être des signes de stabilisation dans certaines régions, les saisies d'amphétamines

ainsi que d'ecstasy (nombre et quantité) ont augmenté substantiellement au cours de la dernière décennie dans l'UE. En Finlande, en Norvège et en Suède, les amphétamines sont la deuxième drogue la plus fréquemment saisie (après le cannabis).

La cocaïne et la cocaïne-crack

Les données recueillies à la suite des enquêtes indiquent que la consommation de cocaïne a augmenté au Royaume-Uni et, à un degré moindre, au Danemark, en Allemagne, en Espagne et aux Pays-Bas. La consommation de cocaïne comme l'augmentation de cette consommation semblent beaucoup plus répandues parmi les jeunes qui vivent dans les zones urbaines. Les chiffres nationaux ne reflètent donc peut-être qu'à un degré seulement limité les tendances locales qui se manifestent dans certaines grandes villes européennes.

Plusieurs indicateurs donnent à penser que les inquiétudes concernant l'importance de la consommation de cocaïne et les problèmes qui lui sont liés sont justifiées. Ces indicateurs couvrent la demande de traitement, les conclusions des examens toxicologiques pratiqués par les victimes de surdose, les saisies de drogue et les études sur les populations à risques. Sauf en 2000, où il a baissé, le nombre de saisies de cocaïne augmente constamment depuis 1985. De même, la quantité de cocaïne saisie a manifesté généralement une tendance à la hausse durant la même période, même si les chiffres ont tendance à fluctuer d'année en année. On signale des taux relativement élevés de suivi de traitement lié à la consommation de cocaïne aux Pays-Bas et en Espagne (30 % et 19 % respectivement) et à un degré moindre en Allemagne, en Italie, au Luxembourg et au Royaume-Uni (de 6 à 7 %). À l'exception des Pays-Bas et du Royaume-Uni, la demande de traitement concernant la cocaïne semble liée à la consommation de poudre de cocaïne (chlorhydrate), plutôt qu'à la cocaïne crack (base de cocaïne).

La prévalence de la consommation de cocaïne-crack en Europe semble relativement faible, bien que certains rapports locaux sporadiques semblent indiquer l'existence d'un problème chez les marginaux de certaines villes. Comme la cocaïne crack s'associe souvent à des problèmes médicaux et sociaux, même si les taux de prévalence sont faibles, il convient d'accorder plus d'attention aux tendances qui se dessinent dans ce domaine, car une augmentation même modérée de la consommation pourrait avoir un impact considérable sur la santé publique.

L'héroïne et la consommation par injection

La consommation problématique de drogue est définie comme étant la «toxicomanie par voie d'injection ou l'usage longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines». Bien qu'ils soient globalement peu nombreux, les usagers à problèmes sont à l'origine d'une part disproportionnée des problèmes médicaux et sociaux causés par la consommation de drogues. Dans la plupart des pays de l'UE, à l'exception de la Finlande et de la Suède où les amphétamines sont plus répandues, la consommation problématique de drogues reste

caractérisée par l'usage d'héroïne, souvent en combinaison avec d'autres drogues. Comme dans ce domaine les estimations sont difficiles et que la précision et la fiabilité de celles-ci varient considérablement, il convient de faire preuve de prudence aussi bien dans l'interprétation des tendances que dans l'établissement de comparaisons entre les pays.

Les estimations nationales de la consommation problématique de drogues varient de 2 à 10 cas pour 1 000 adultes (soit de 0,2 % à 1 %). On n'observe aucune tendance dans le nombre d'usagers à problèmes dans l'UE, bien que certaines études indiquent que dans au moins la moitié des pays de l'UE, une augmentation s'est produite à partir du milieu des années 90.

Probablement environ la moitié des «usagers problématiques de drogues» de l'UE pratiquent l'injection, c'est-à-dire environ 500 000-750 000 des 1-1,5 million d'usagers problématiques de l'UE. La proportion d'injecteurs varie considérablement selon les pays et a évolué dans le temps, leur nombre baissant dans presque tous les pays dans les années 90, même s'il semble que des augmentations se soient produites récemment. Les estimations nationales de la consommation de drogues par voie d'injection varient de 2 à 5 cas pour 1 000 adultes (soit 0,2-0,5 %).

La diminution spectaculaire de la production d'opium en Afghanistan survenue en 2001 ne semble pas avoir eu d'impact direct sur la disponibilité d'héroïne sur le marché européen. Cela s'explique sans doute par l'existence de stocks.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB)

Dans l'UE, un des sujets qui suscitent des inquiétudes particulières concerne la transmission du VIH, du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'hépatite B (VHB) à la suite de l'injection de drogue. Les données disponibles indiquent que la prévalence de l'infection par le VIH chez les injecteurs de drogue varie considérablement selon les pays européens, ainsi qu'à l'intérieur de ceux-ci, d'environ 1 % au Royaume-Uni à plus de 30 % en Espagne. Dans certains pays et régions, la prévalence du VIH parmi les injecteurs reste très élevée (plus de 25 %) depuis le milieu des années 90. Même si ces données reflètent des épidémies anciennes, il est particulièrement important de déployer des efforts de prévention dans ces régions pour empêcher de nouvelles infections.

On risque d'avoir une impression erronée en tenant seulement compte des ensembles de données nationaux, d'après lesquelles, en général, la situation serait assez stable dans l'ensemble de l'UE, car les tendances varient peut-être considérablement selon les régions et les villes. Des augmentations de la prévalence du VIH au sein de sous-catégories d'injecteurs ont été signalées récemment dans certaines régions et villes d'Espagne, d'Irlande, d'Italie, des Pays-Bas, d'Autriche, du Portugal, de Finlande et du Royaume-Uni. Ce tableau demeure inégal, car dans certains de ces pays, des diminutions ont par ailleurs été enregistrées dans d'autres sous-catégories, et ailleurs, la prévalence est restée stable ou a diminué.

Les données sur l'infection par le VIH parmi les jeunes et parmi les nouveaux injecteurs constituent peut-être un meilleur indicateur des infections récentes et révèlent également que de nouvelles infections continuent d'apparaître dans certaines régions. L'incidence du sida a diminué dans toute l'UE depuis l'introduction de traitements plus efficaces.

L'hépatite C peut provoquer des problèmes de santé chroniques graves, et le traitement des maladies liées aux infections par le VHC va probablement coûter cher aux systèmes de santé européens. La prévalence de l'hépatite C est extrêmement élevée parmi les injecteurs dans tous les pays, les taux d'infection allant de 40 % à 90 %. Parmi les données sur la notification dans lesquelles la catégorie de risque est connue, 90 % des cas d'hépatite C et 40 à 80 % des cas d'hépatite B sont liés à la consommation de drogues par injection. Les tendances varient dans le temps et on observe des hausses et des baisses selon les régions. La prévalence de l'infection par le VHC parmi les jeunes usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) et les nouveaux UDVI est en général élevée (40 % ou plus), ce qui confirme la forte incidence d'infections nouvelles, les injecteurs continuant à contracter la maladie relativement peu de temps après avoir commencé à s'injecter. Dans l'ensemble de l'UE, de 20 à 60 % environ des UDVI ont des anticorps contre l'hépatite B, ce qui donne à penser que les programmes de vaccination ciblant cette maladie pourraient présenter des possibilités importantes pour les UDVI.

Les surdoses

Chaque année, de 7 000 à 9 000 décès directement liés à la drogue sont signalés dans l'UE. Cette tendance globale a continué à augmenter ces dernières années, bien que de manière moins spectaculaire que dans les années 80 et au début des années 90, et au niveau national, le tableau est plus complexe et plus inégal. La plupart des victimes sont des jeunes âgés d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années, ce qui entraîne des coûts considérables pour la société.

Dans la plupart des cas (en général 80 %), les analyses toxicologiques permettent de déceler des opiacés, souvent en combinaison avec d'autres substances (comme l'alcool, les benzodiazépines, ou la cocaïne). La cocaïne ou l'ecstasy apparaissent isolément dans un plus petit nombre de cas. Certains des facteurs qui semblent associés à une augmentation du risque de décès lié aux opiacés sont l'injection, la polytoxicomanie et, en particulier, la consommation conjointe d'alcool ou de déprimeurs, la diminution de la tolérance et l'absence de contact avec les services de traitement. On sait qu'il est possible d'empêcher de nombreuses surdoses fatales par des interventions appropriées effectuées au bon moment, ce qui confirme la nécessité de mettre en œuvre dans ce domaine des interventions qui encouragent les témoins de surdoses liées à la drogue à prendre les mesures appropriées.

Évolution des réponses à la consommation de drogues

La politique communautaire

Dans son évaluation à mi-parcours du plan d'action en matière de lutte contre la drogue (2000-2004), la Commission européenne observe que les États membres donnent la priorité à la réduction de la demande et respectent les recommandations du plan d'action. Toutefois, elle perçoit la nécessité pour l'UE de déployer des efforts supplémentaires pour mettre en place des programmes préventifs novateurs. Tout en reconnaissant les résultats, elle souligne qu'il reste encore beaucoup à faire, y compris de mettre au point des systèmes d'évaluation des activités au niveau national et de l'UE.

En 2002, les présidences du Conseil (l'Espagne et le Danemark) ont proposé des résolutions visant à améliorer l'engagement des États membres à augmenter leurs investissements dans les programmes de prévention de la drogue en milieu scolaire, à intensifier les efforts visant à prévenir l'usage de drogue à des fins récréatives et à améliorer le traitement des toxicomanes incarcérés. En mai 2002, la Commission a présenté une proposition de recommandation du Conseil, préparée en consultation avec l'OEDT, relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie, couvrant l'objectif de la stratégie de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue de réduire considérablement la fréquence des effets nocifs des drogues sur la santé par des mesures de réduction des risques qui ont fait leurs preuves.

Les politiques des États membres

La tendance de ces dernières années à mettre sur pied une politique nationale en matière de drogue par le biais de plans d'action nationaux et de systèmes coordonnés s'est poursuivie en 2002. La Norvège et la Suède ainsi que certaines provinces autrichiennes se sont jointes à d'autres partenaires de l'UE en vue d'adopter une stratégie, un plan ou un programme qui soit cohérent en matière de drogue. Parallèlement, le public prend de plus en plus conscience de l'abus de drogues et de ses conséquences et s'intéresse à la politique nationale dans ce domaine. Les enquêtes montrent que, dans sa majorité, le public demeure opposé à la légalisation du cannabis. Le faible niveau du soutien en faveur de la légalisation reflète probablement le fait que le cannabis est considéré comme une drogue pouvant conduire aux drogues dures. Néanmoins, on a observé différents degrés de soutien en faveur de l'idée de modifier la punition infligée en cas de consommation de cannabis dans certaines circonstances.

L'examen de l'évolution de la consommation de drogues et des réponses qui lui sont apportées dans les systèmes d'éducation, de santé, de protection sociale et de justice criminelle indique que les problèmes et les groupes problématiques sont souvent flous. Les

politiques nationales et locales reflètent de manière croissante la prise de conscience du caractère insidieux de ce phénomène en rendant les démarcations entre les systèmes plus perméables et flexibles par une coopération et une diversification accrues.

Les politiques en matière de santé, d'éducation et de protection sociale occupent une place croissante dans la réduction des problèmes liés à la drogue au sens le plus large et de plus en plus, on reconnaît que le système de justice pénale n'est pas toujours capable à lui seul de résoudre le problème de la consommation de drogues. Le lien entre la politique en matière d'exclusion sociale et les problèmes de la drogue est établi plus fortement dans certains pays, comme l'Irlande et le Royaume-Uni, que dans d'autres. Plusieurs pays au sein de l'UE ont introduit des modifications de la législation afin de faciliter le traitement et la réhabilitation des toxicomanes et d'autres modifications ont ouvert de nouvelles possibilités d'intervention précoce auprès des jeunes usagers de drogue qui font leurs premières expériences. L'Allemagne, le Danemark, la Norvège et le Royaume-Uni ont augmenté leurs investissements en matière de santé en vue de réduire le nombre de décès liés à la drogue. Conformément à l'engagement du plan d'action de l'UE de fournir un large éventail de possibilités de traitement facilement accessibles, certains pays comme la Grèce et la Finlande ont modifié leurs systèmes de financement ainsi que les règlements relatifs au traitement de substitution.

Dans un souci d'assurer une plus grande sécurité, un certain nombre de pays font état de modifications de leur législation afin d'améliorer le suivi des trafiquants et des usagers en ayant recours au contrôle par le biais de moyens de télécommunications, de la fouille corporelle et des tests de détection de drogue. D'autres changements juridiques ont pour but de minimiser l'impact social de l'usage de la drogue en assurant un contrôle plus strict de l'ordre public et de la nuisance publique.

Les interventions

La prévention en milieu scolaire demeure au cœur des activités mises en œuvre à l'intention des jeunes, en général dès la période précédant la puberté. Bien qu'un grand nombre de démarches efficaces ait été identifié, tel l'enseignement interactif axé sur les compétences nécessaires pour la vie sociale et personnelle, seuls quelques pays comme la Grèce, l'Espagne et l'Irlande les mettent en œuvre systématiquement dans les programmes scolaires. Parmi les autres pays, seules la France et la Suède reconnaissent que les pratiques de prévention de la drogue en milieu scolaire ne constituent pas des pratiques de pointe, mais plutôt et fréquemment des actions éclectiques non professionnelles.

Toutefois, les inquiétudes croissantes concernant l'impossibilité d'établir des contacts avec les jeunes les plus vulnérables dans les écoles ont déclenché l'élaboration de mesures de prévention spécifiques destinées aux catégories qui font l'expérience de la drogue en milieu festif, comme dans les discothèques, les

établissements de nuit et les concerts.

Les démarches les plus prometteuses semblent être l'aide psychologique par les pairs ou sur place. Les initiatives de prévention et les interventions précoces ciblant les jeunes exclus et les jeunes délinquants semblent également plus efficaces quand elles sont mises en œuvre au moyen d'une méthodologie personnalisée. De bons résultats ont été signalés dans le cadre de projets mis en œuvre en Allemagne, en Autriche, au Portugal et au Royaume-Uni. Bien que les familles vulnérables, dont les parents sont peut-être eux-mêmes des usagers, soient considérées comme exposées à des risques élevés, elles disposent rarement de services de soutien.

L'échange de seringues est désormais une méthode reconnue pour empêcher la propagation des maladies infectieuses par l'injection, bien que la disponibilité et la couverture de tels programmes soient variables et que l'accès à du matériel stérile demeure encore parfois problématique. Les services d'échange de seringues ne sont mis en œuvre systématiquement dans les prisons qu'en Espagne. De plus en plus, on considère que les mesures visant spécifiquement à prévenir la transmission de l'hépatite C et de l'hépatite B constituent un complément important à la prévention du VIH. La formation aux premiers secours et l'éducation aux risques occupent désormais une place plus importante parmi les interventions destinées à prévenir les surdoses fatales. Autre progrès important, les soins médicaux sont de plus en plus disponibles dans le cadre de services à bas seuil intégrés aux services locaux de lutte contre la drogue.

Le traitement lié à la drogue consiste encore dans une large mesure en un traitement pour l'abus d'opiacés ou pour la polytoxicomanie à base d'opiacés, sauf en Finlande et en Suède, où l'injection des amphétamines demeure un problème important. Les tendances plus récentes en matière de consommation problématique de drogue, qui ont remplacé en partie l'usage d'opiacés et l'injection, ont déclenché l'apparition de nouvelles formes d'intervention précoce, comme nous l'avons observé plus haut, plutôt que la réforme des structures existantes de traitement de la toxicomanie. Le traitement de substitution occupe une place importante et s'est encore développé et diversifié ces dernières années. On estime que, dans l'ensemble de l'UE, cette expansion a atteint 34 % au cours des cinq dernières années, les augmentations les plus fortes étant signalées dans des pays qui disposaient auparavant de services limités, comme la Finlande, la Grèce, l'Irlande, la Norvège et le Portugal. Le soin des usagers à long terme, âgés et défavorisés, souffrant souvent de comorbidité psychiatrique, constitue un problème difficile pour la politique en matière de drogue, auquel on n'a pas trouvé de solutions adéquates. L'OEDT examinera cette question de manière plus approfondie l'année prochaine.

Les innovations en matière de politique pénale ont permis de mettre en place d'autres solutions que la prison, orientant les usagers de drogue vers un traitement quasi obligatoire ou des travaux d'utilité publique en supposant que leurs besoins seront mieux satisfaits par de telles interventions. Celles-ci visent en particulier à empêcher les jeunes usagers de drogue d'entrer en contact avec la sous-culture criminelle des prisons. La recherche d'une autre solution que la prison est également motivée par le

grave surpeuplement carcéral. La consommation de drogues et les usagers de drogue constituent, dans les prisons, un problème de plus en plus sérieux, qui nécessite des réponses flexibles. Les autorités responsables de la santé et de la protection sociale sont de plus en plus impliquées et se chargent de fournir des services aux usagers de drogue dans les prisons, bien que la coopération puisse encore être améliorée. Souvent, le traitement qui est la norme dans le cadre de la vie ordinaire n'est ni disponible ni accessible en prison. Dans la plupart des pays, les mesures de réduction des risques sont relativement limitées en prison.

L'assurance qualité

Plusieurs études menées récemment ont pour objet des interventions innovantes et controversées telles que les salles de consommation, la prescription d'héroïne ou les tests de pilules. Alors que ces types d'intervention demeurent sujets à controverse, les décideurs ont besoin d'informations sur les effets de telles stratégies afin de jeter les bases d'un débat plus éclairé.

La recherche européenne sur les interventions psychosociales en matière de prévention et de traitement est insuffisante. Dans le domaine de la prévention, les informations tirées de la recherche nord-américaine ont été utilisées fréquemment. Toutefois, les objectifs de la prévention et ses paramètres sont très différents en Europe. Il a néanmoins été possible de reproduire certaines des

approches fructueuses et, de plus en plus, ces informations sont prises en considération dans l'élaboration des politiques. Bien que l'on dispose d'une grande quantité de connaissances reposant sur des travaux de recherche et des données probantes concernant le traitement basé sur les médicaments, grâce en partie à des financements de l'industrie pharmaceutique, les grandes études d'évaluation nationales fournissent peu d'indications sur les meilleures pratiques des autres formes de traitement.

Le transfert des données scientifiques dans les politiques et dans la pratique peut être amélioré. Il est nécessaire d'établir de manière urgente une coopération plus étroite et une compréhension mutuelle plus grande entre les chercheurs et les décideurs. Seuls quelques pays évaluent leurs pratiques de prévention en milieu scolaire sur la base de preuves scientifiques. Bien que de plus en plus celles-ci soient prises en considération dans le domaine de la prévention des maladies infectieuses, il semble que dans de nombreux cas la qualité des soins n'entre pas suffisamment en ligne de compte dans les domaines du traitement de la toxicomanie et des services aux usagers de drogue dans les prisons. Les informations scientifiques sont vraiment insuffisantes dans le domaine des solutions autres que la prison. Cependant, des formes plus rigoureuses d'assurance qualité s'établissent progressivement dans les États membres avec la création de lignes directrices, de normes de qualité et de systèmes d'habilitation.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 1

Situation de la drogue

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

L'usage de drogues parmi la population en général ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Il est important de disposer d'informations fiables sur l'étendue et les modèles de consommation de drogues et sur l'âge de la première consommation parmi la population générale et les jeunes, ainsi que sur les caractéristiques des utilisateurs et la perception du risque, pour la formulation et l'évaluation des politiques et des initiatives de prévention en matière de lutte contre la drogue. L'usage de drogues parmi la population en général est mesuré au moyen d'enquêtes qui permettent d'estimer la proportion de la population ayant consommé des drogues pendant certaines périodes. Les indicateurs les plus courants sont les suivants:

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

La «consommation au cours de la vie» présente toujours des chiffres plus élevés que les deux autres groupes, car elle comprend tous ceux qui ont déjà expérimenté de la drogue, quelle que soit la date à laquelle remonte cette consommation. La «consommation récente» présente généralement des chiffres moins élevés mais traduit mieux la situation actuelle. La «consommation actuelle» peut fournir des indications sur le nombre de personnes qui consomment régulièrement des drogues, mais les chiffres sont généralement bas. L'association de la consommation au cours de la vie et de la consommation récente ou actuelle peut fournir des indications sur les modèles de consommation de drogues (par exemple, les taux de continuation).

Bon nombre d'enquêtes portent également sur l'âge de la première consommation de drogues et la fréquence d'utilisation, ce qui permet d'estimer l'incidence et de révéler des différences dans les modèles de consommation, par exemple des doses plus élevées ou un usage plus fréquent (ce qui implique une

augmentation du risque). En outre, des corrélations peuvent être établies entre la consommation de drogues et les facteurs sociodémographiques, les opinions et les perceptions du risque, les modes de vie, les problèmes de santé, etc.

Un certain nombre de facteurs doivent être pris en compte lorsque l'on considère les différences entre les chiffres globaux nationaux. La taille relative des populations urbaines et rurales de chaque pays peut en partie expliquer ces disparités. D'autres variables comprennent des facteurs liés aux générations (par exemple, la cohorte de naissance dans laquelle la consommation de drogue s'est généralisée) et les modes de vie plus ou moins convergents entre les jeunes hommes et les jeunes femmes. Le contexte social et culturel peut également influencer l'autodéclaration de la consommation de drogues. Enfin, les questions méthodologiques telles que les erreurs d'échantillonnage et l'absence de réponse peuvent influencer sur les résultats. Les analyses comparatives entre les pays devraient être effectuées avec prudence, en particulier lorsque les différences sont réduites; et la formulation et l'évaluation de la politique en matière de drogue devraient prendre en compte, entre autres critères, les tranches d'âge spécifiques, les cohortes de naissance, le sexe et le lieu de résidence (par exemple urbain ou rural) de la population étudiée.

Prévalence et modèles de consommation de drogues parmi la population en général

En dépit des contraintes méthodologiques qui pèsent sur la comparaison des résultats des enquêtes entre les pays, certains modèles de consommation de drogues communs peuvent être identifiés dans l'ensemble de l'UE. Ces modèles de base sont restés relativement inchangés depuis le dernier rapport annuel.

Le cannabis reste la substance illicite la plus communément utilisée dans tous les pays de l'UE. La consommation au cours de la vie est beaucoup plus élevée que la consommation récente ou actuelle, ce qui laisse penser que la consommation de cannabis tend à être occasionnelle ou irrégulière après quelque temps ⁽³⁾. La consommation actuelle est exceptionnelle chez les personnes de plus de 40 ans. Certains pays signalent une faible proportion d'adultes (0,5 à 1 %) qui consomment cette drogue de façon quasi quotidienne, et une attention particulière devrait être portée à ce groupe.

Les substances illicites autres que le cannabis sont consommées par une proportion beaucoup plus réduite de la population,

⁽¹⁾ Pour plus d'explications, voir l'encadré 1 EL (version en ligne) — Méthodologies utilisées pour estimer l'usage de drogues parmi la population en général.

⁽²⁾ Voir les directives de l'OEDT concernant l'indicateur clé «Prévalence et modèles de consommation de drogues dans la population en général — Enquêtes sur la population» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

⁽³⁾ Graphique 1 EL — Modèles de consommation du cannabis parmi la population en général — Consommation au cours de la vie comparée à la consommation actuelle (30 derniers jours), enquête nationale de prévalence (sur l'usage de drogues), 2001 (Pays-Bas).

même s'il existe des différences considérables entre les pays (4). Là encore, l'usage régulier et durable de drogues n'est pas courant. En effet, pour la plupart des gens, l'usage de drogues est relativement limité dans le temps (c'est-à-dire que la consommation au cours de la vie est nettement plus élevée que la consommation récente) (5).

Ce sont les jeunes adultes (15-34 ans) qui consomment le plus de substances illicites, avec un taux de prévalence environ deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population adulte. Dans tous les pays et dans toutes les tranches d'âge, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir déjà eu recours aux drogues. La consommation de drogues est beaucoup plus répandue en milieu urbain, bien qu'elle commence à se répandre dans les petites villes et le milieu rural.

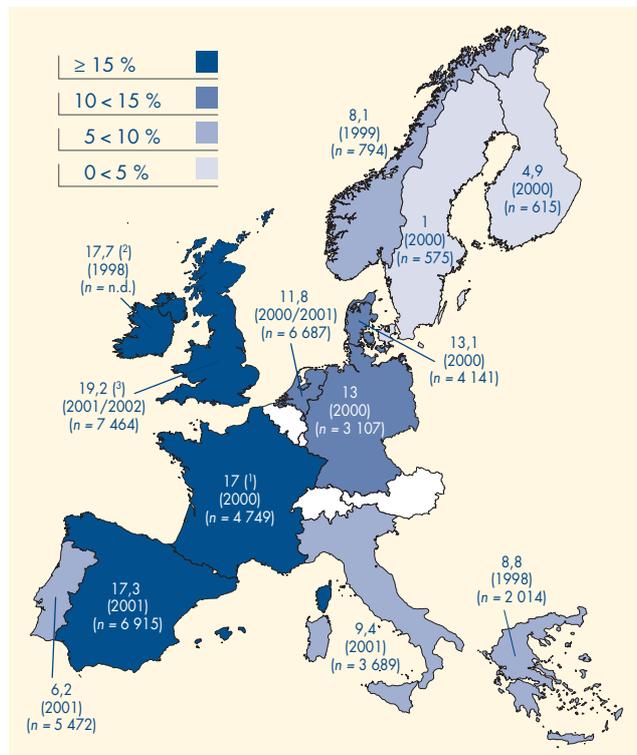
La consommation de cannabis au cours de la vie concerne entre 7 à 10 % (Portugal et Finlande) et 30 % environ (Danemark et Royaume-Uni) de l'ensemble de la population adulte, la majorité des autres pays affichant des chiffres se situant entre 20 et 25 %. Les taux de consommation de drogues autres que le cannabis se situent entre 0,5 et 6 % pour les amphétamines (à l'exception du Royaume-Uni où ce chiffre atteint 11 %), et 0,5 et 5 % pour la cocaïne et l'ecstasy (6). L'héroïne a été essayée d'une manière générale par moins de 1 % de la population, même si dans certains pays jusqu'à 2 à 3 % des jeunes hommes déclarent l'avoir expérimentée.

Entre 1 et 10 % de l'ensemble des adultes déclarent avoir consommé récemment du cannabis, même si la prévalence varie entre 5 et 10 % dans la plupart des pays (10 pays). D'une manière générale, moins de 1 % des adultes déclare avoir consommé récemment des amphétamines, de la cocaïne ou de l'ecstasy. L'Espagne, l'Irlande et le Royaume-Uni affichent des taux un peu plus élevés concernant les trois substances. Le Danemark et la Norvège affichent des taux relativement plus élevés pour ce qui est des amphétamines. Aux Pays-Bas, c'est la consommation d'ecstasy qui est plus fréquente (7).

La consommation de drogues (tant en termes de consommation au cours de la vie que de consommation récente) est plus élevée chez les jeunes adultes que dans l'ensemble de la population. La consommation récente de cannabis est signalée par 5 à 20 % des jeunes adultes (en Suède, 1 à 2 %), avec un nombre significatif de pays (7) affichant des taux entre 10 et 20 % (graphique 1). La consommation récente d'amphétamines concerne généralement 0,6 % des jeunes adultes, la cocaïne entre 0,5 et 4,5 % et l'ecstasy entre 0,5 et 5 % (graphique 2).

À titre de comparaison, selon l'enquête nationale sur l'abus de drogues menée auprès des ménages aux États-Unis en 2001, 36,9 % des adultes (12 ans et au-delà) ont déclaré avoir

Graphique 1 — Consommation récente (douze derniers mois) de cannabis parmi les jeunes adultes (15-34 ans) dans les pays européens, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale



- (1) La France a effectué une nouvelle enquête en 2002, mais sur un échantillon beaucoup plus réduit (2 009 personnes interrogées). Voir le tableau statistique 1 EL — Prévalence au cours de la vie de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège.
- (2) En Irlande, l'échantillon pour l'ensemble de l'enquête (18-64 ans) est de 6 539 personnes.
- (3) Angleterre et pays de Galles.

NB: Ces données proviennent de l'enquête nationale la plus récente disponible dans chaque pays. L'échantillonnage (n) se réfère au nombre de personnes interrogées pour la tranche d'âge de 15 à 34 ans. Pour obtenir des détails sur le nombre de personnes interrogées pour l'enquête complète, voir le tableau statistique 2 EL — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège. La définition normalisée des jeunes adultes selon l'OECD se réfère à la tranche d'âge entre 15 et 34 ans. Au Danemark et au Royaume-Uni, les jeunes adultes sont les 16-34 ans, et en Allemagne et Irlande, les 18-34 ans. Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer légèrement les disparités entre les pays. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés, au niveau national, pour s'adapter le plus possible aux normes de groupes d'âge de l'OECD.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2002, extraits de rapports, d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau statistique 1 EL — Prévalence au cours de la vie de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège.

consommé du cannabis au cours de leur vie, 12,3 % de la cocaïne et 3,6 % de l'ecstasy. 9,3 % ont signalé avoir consommé récemment (au cours des 12 derniers mois) du cannabis, 1,9 % de la cocaïne

(4) Graphique 2 EL — Consommation récente (douze derniers mois) d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne parmi les jeunes adultes (15-34 ans) des pays européens, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale.

(5) Cela est exprimé par le «taux de continuation», c'est-à-dire la proportion de personnes qui, ayant consommé une substance au cours de leur vie, l'ont également consommée au cours des douze derniers mois ou des 30 derniers jours.

(6) Voir le tableau statistique 1 EL — Prévalence au cours de la vie de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège.

(7) Voir le tableau statistique 2 EL — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège.

et 1,4 % de l'ecstasy⁽⁸⁾. La consommation au cours de la vie et récente de cannabis est plus élevée aux États-Unis que dans n'importe quel pays de l'UE. La consommation de cocaïne au cours de la vie est également plus élevée aux États-Unis que dans n'importe quel pays de l'UE, et la consommation récente est plus élevée que dans la plupart des pays, à l'exception de l'Espagne (2,6 %) et du Royaume-Uni (2 %). La consommation d'ecstasy est plus élevée que dans l'ensemble des pays de l'UE à l'exception de l'Espagne, de l'Irlande, des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

Tendances de la consommation de drogues parmi la population en général

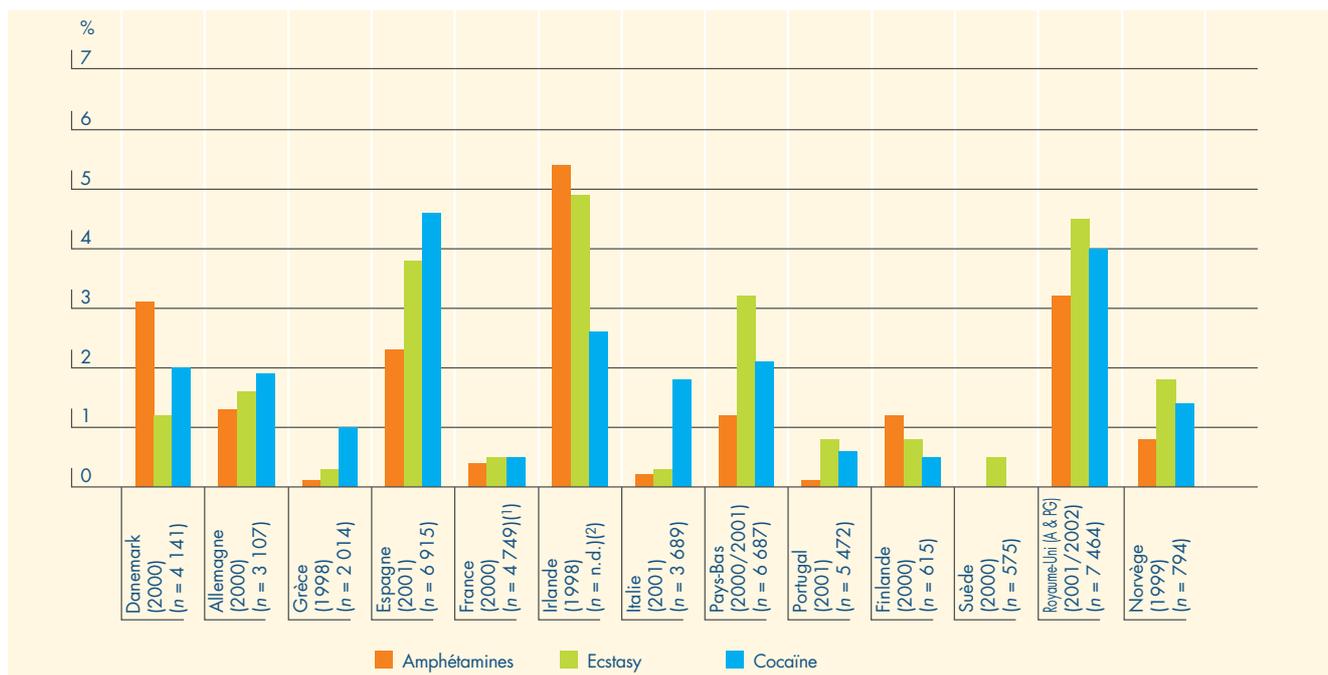
Il est difficile de définir des tendances précises s'appliquant à l'ensemble de l'UE. Très peu de pays ont mené une série d'enquêtes cohérentes et, dans ce cas, elles ne portent généralement que sur quelques années. En outre, le contexte socioculturel varie considérablement selon les pays de l'UE. La consommation au cours de la vie a une valeur limitée dans l'analyse des tendances, car il s'agit d'une mesure cumulative qui peut augmenter en raison

d'un effet de génération, même si la consommation actuelle de drogues est stable ou en diminution. Par ailleurs, dans le cas des adolescents (de 13 à 15 ans), la consommation au cours de la vie aura tendance à traduire une consommation récente.

Selon divers types d'enquêtes (nationales ou locales, ou des enquêtes auprès d'appelés ou en milieu scolaire), presque tous les pays de l'UE font état d'une nette augmentation de la consommation de cannabis pendant les années 90, en particulier chez les jeunes. Parallèlement, on note une tendance à la convergence concernant la consommation de cannabis, avec un nombre significatif de pays signalant des taux approximatifs variant de 20 à 25 % concernant la consommation au cours de la vie et de 5 à 10 % concernant la consommation récente.

Si un grand nombre de pays signalent une augmentation constante de la consommation de cannabis, il convient toutefois de noter que, dans un certain nombre de pays (Finlande, Irlande, Italie, Norvège, Pays-Bas et Suède) et d'après les études effectuées, cette consommation se stabilise chez les lycéens, les appelés et les adolescents.

Graphique 2 — Consommation récente (douze derniers mois) d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne parmi les jeunes adultes (15-34 ans) dans les pays européens, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale



⁽¹⁾ La France a effectué une nouvelle enquête en 2002, mais sur un échantillon beaucoup plus réduit (2 009 personnes interrogées). Voir également le tableau statistique 2 EL — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège.

⁽²⁾ En Irlande, l'échantillon pour l'ensemble de l'enquête (18-64 ans) est de 6 539 personnes.

NB: A & PG = Angleterre et pays de Galles.

Ces données proviennent de l'enquête nationale la plus récente disponible dans chaque pays. L'échantillonnage (n) se réfère au nombre de personnes interrogées pour la tranche d'âge de 15 à 34 ans. Pour obtenir des détails sur le nombre de personnes interrogées pour l'enquête complète, voir le tableau statistique 2 EL — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège. La définition normalisée des jeunes adultes selon l'OEDT se réfère à la tranche d'âge entre 15 et 34 ans. Au Danemark et au Royaume-Uni, les jeunes adultes sont les 16-34 ans, et en Allemagne et Irlande, les 18-34 ans. Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer légèrement les disparités entre les pays. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés, au niveau national, pour s'adapter le plus possible aux normes de groupes d'âge de l'OEDT.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2002, extraits de rapports, d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau statistique 2 EL — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège.

⁽⁸⁾ Source: Samhsa, Office of Applied Studies, *National Household Survey on Drug Abuse* («Enquête nationale auprès des ménages sur l'abus de drogues»), 2001 (<http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm>). Il convient de noter que la tranche d'âge utilisée dans l'enquête des États-Unis (12 ans et au-delà) est plus large que celle utilisée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15-64 ans). Cela signifie que les chiffres signalés dans les enquêtes des États-Unis tendront à être un peu plus faibles que si l'on avait utilisé la tranche d'âge de l'UE, en raison du faible niveau de consommation de drogues chez les 12-15 ans et, surtout, chez les personnes de plus de 65 ans.

Les tendances au niveau européen concernant les autres substances (par exemple, la cocaïne, l'ecstasy et les amphétamines) sont plus difficiles à cerner, en partie parce que, dans un grand nombre de cas, les enquêtes s'appuient sur des échantillons réduits, et d'autre part en raison de la prévalence globale beaucoup plus faible de la consommation de ces drogues. En outre, de nouvelles tendances se concentrent surtout sur des groupes déterminés, et une analyse thématique (par exemple de la consommation de drogues chez les jeunes hommes dans les zones urbaines) serait nécessaire pour déterminer ces tendances et évaluer leur ampleur réelle. L'idéal serait que les enquêtes soient complétées par des études anthropologiques ciblées.

La consommation d'ecstasy a nettement augmenté au cours des années 90 (et semble continuer à se diffuser) chez certains groupes de jeunes, mais seuls quatre pays (l'Espagne, l'Irlande, les Pays-bas et le Royaume-Uni) font état d'un taux de consommation récente (au cours des 12 derniers mois) de plus de 3 % chez les jeunes adultes.

Il est inquiétant de constater que les indicateurs de consommation de drogues (demande de traitement, saisies, résultats toxicologiques post mortem) traduisent une augmentation de la consommation de cocaïne dans certains pays. Si celle-ci reste faible dans l'ensemble de la population, la hausse de la consommation récente de cocaïne (au cours des douze derniers mois) semble constante (sur la période 1994-2000) parmi les jeunes gens au Royaume-Uni (*) et, probablement dans une moindre mesure, au Danemark, en Allemagne, en Espagne et aux Pays-Bas. D'autres pays ont fait état d'augmentations (rapports nationaux Reitox 2001 ou 2002) fondées sur des informations locales ou qualitatives (Grèce, Italie, Irlande, et Autriche). Ce phénomène doit être observé avec attention, en particulier chez les jeunes gens résidant dans les zones urbaines (graphique 3).

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

Tableau statistique 1 — Prévalence au cours de la vie de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège

Tableau statistique 2 — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de drogues selon des enquêtes nationales récentes menées auprès de la population en général dans les pays de l'UE et en Norvège

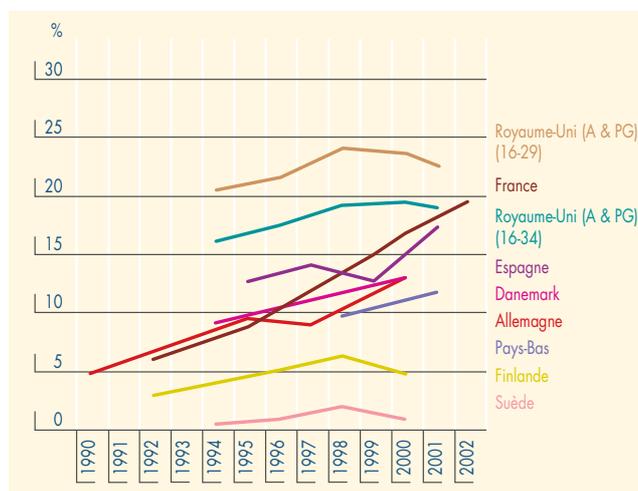
Tableau statistique 3 — Enquêtes scolaires: prévalence au cours de la vie chez les lycéens âgés de 15 à 16 ans

Consommation problématique de drogues

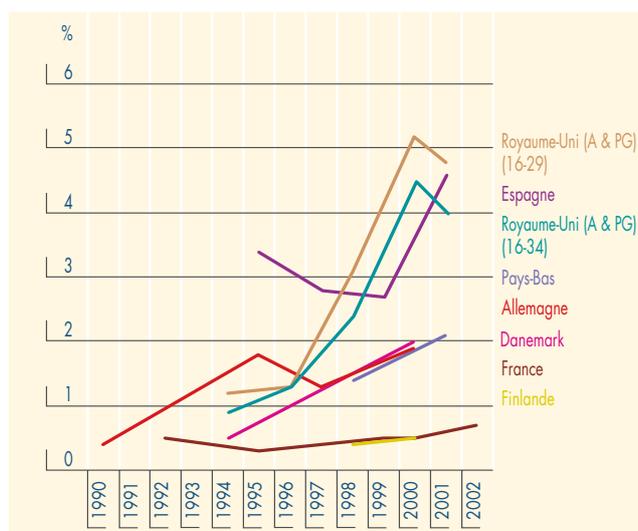
La «consommation problématique de drogues» est définie comme étant la «toxicomanie par voie d'injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines» (10).

Graphique 3 — Évolution de la consommation récente (douze derniers mois) de cannabis (A) et de cocaïne (B) parmi les jeunes adultes (15-34 ans) dans quelques pays européens

Graphique 3 (A) — Évolution de la consommation de cannabis



Graphique 3 (B) — Évolution de la consommation de cocaïne



Ces données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Les chiffres et la méthodologie utilisée pour chaque enquête peuvent être obtenus en consultant le tableau statistique 2 EL. La définition normalisée des jeunes adultes selon l'OEDT se réfère à la tranche d'âge entre 15 et 34 ans. Au Danemark et au Royaume-Uni, les jeunes adultes sont les 16-34 ans, et en Allemagne et Irlande les 18-34 ans. En France, la tranche d'âge se situe entre 25 et 34 ans (1992) ou entre 18 et 39 ans (1995). L'échantillonnage (nombre de personnes interrogées) pour chaque enquête peut être consulté dans le tableau statistique 2 EL. Au Danemark, le chiffre de 1994 concerne l'usage de «drogues dures».

NB: A & PG, Angleterre et pays de Galles.

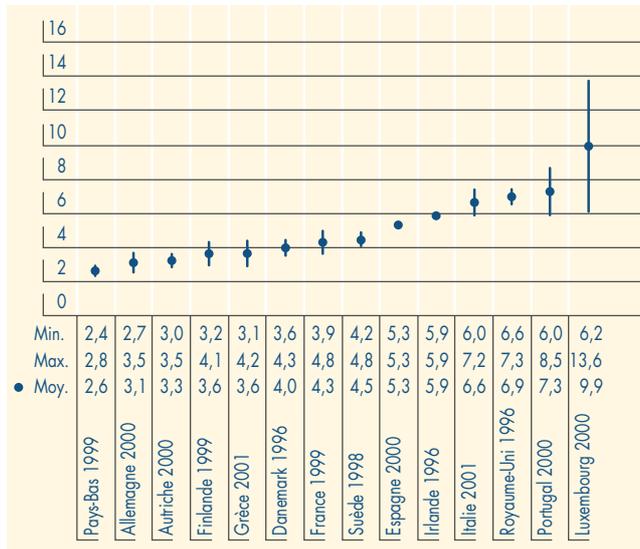
Sources: Rapports nationaux Reitox 2002, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir les différentes sources dans le tableau statistique 2 EL.

Compte tenu du caractère aléatoire des méthodes d'évaluation actuelles, de la qualité des données et de leur disponibilité, il n'est pas toujours possible d'interpréter les tendances de manière fiable.

(*) Bien que selon le ministère de l'intérieur britannique elle semble se stabiliser (voir graphique 3). D'après des études réalisées en Angleterre et au pays de Galles, portant sur des personnes âgées de 16 à 29 ans, des évolutions significatives (de l'ordre de 5 %) ont eu lieu entre 1996 et 1998 et entre 1998 et 2000. Toutefois, les différences entre 2000 et 2001/2002 n'ont pas été significatives.

(10) Pour plus de détails, voir l'encadré 2 EL — Définition et méthodologies utilisées pour évaluer la consommation problématique de drogues.

Graphique 4 — Estimations de consommation problématique de drogues dans différents États membres de l'UE (prévalence sur 1 an la plus récente pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: Ces chiffres montrent la fourchette combinée des pays des différentes estimations. Ils peuvent être basés sur différentes méthodes et des sources de données différentes; il convient donc de les interpréter avec prudence (voir les tableaux statistiques pour les estimations spécifiques et plus de détails). Le point désigne le point central de la fourchette, tandis que la ligne désigne la marge d'incertitude ou l'intervalle de confiance de 95 %. Plus la ligne est longue, plus la fourchette des estimations de prévalence est large (non disponible pour l'Espagne ou l'Irlande). Toutes les estimations sont compatibles avec la définition de la consommation problématique de drogues selon l'OEDT. L'estimation concernant la Suède a été ajustée pour tenir compte de cette définition.

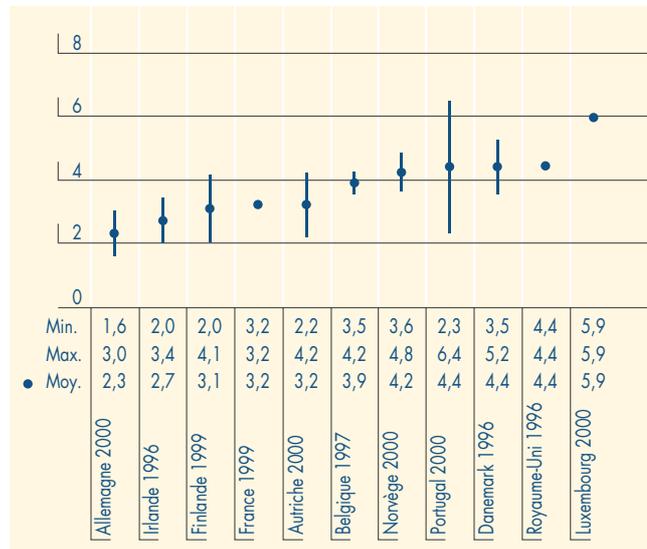
Sources: Points focaux nationaux dans le cadre du projet de l'OEDT «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2001» («Estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogues dans l'Union européenne, 1995-2001»), CT.00.RTX.23, Lisbonne, OEDT, 2003. Coordonné par l'Institut für Therapieforschung, Munich.

En outre, il n'existe pas de méthode d'estimation qui puisse être utilisée dans tous les pays de manière comparable, par conséquent, les comparaisons entre les pays doivent être analysées avec prudence.

Plusieurs pays font état d'évolutions des estimations reflétant une augmentation de la consommation problématique de drogues depuis le milieu des années 90. Huit pays sur seize font état d'estimations plus élevées en matière de consommation problématique de drogues (Allemagne, Espagne, Italie, Luxembourg, Finlande, Suède) ou d'utilisation de drogues par injection (Belgique et Norvège) au cours des années 90, bien que l'augmentation signalée en Suède au niveau national ne semble pas être confirmée dans deux études locales ⁽¹⁾.

Les estimations de la prévalence de la consommation problématique de drogues se situent toutes entre deux et dix cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans (en retenant le point médian des estimations). L'Italie, le Luxembourg, le Portugal et le Royaume-Uni enregistrent les chiffres les plus élevés (entre six et dix pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans). C'est en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche que les chiffres sont les moins élevés, avec environ trois usagers à problèmes pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. La Belgique, la Grèce et la Norvège ne disposent pas de données (graphique 4).

Graphique 5 — Estimations de consommation de drogues par injection dans les États membres de l'UE (prévalence la plus récente sur 1 an pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: Ces chiffres montrent la fourchette combinée des pays des différentes estimations. Ils peuvent être basés sur différentes méthodes et des sources de données différentes; il convient donc de les interpréter avec prudence (voir les tableaux statistiques pour les estimations spécifiques et plus de détails). Le point désigne le point central de la fourchette, tandis que la ligne désigne la marge d'incertitude ou l'intervalle de confiance de 95 %. Plus la ligne est longue, plus la fourchette des estimations de prévalence est large (non disponible pour la France, le Luxembourg et le Royaume-Uni).

Sources: Points focaux nationaux dans le cadre du projet de l'OEDT «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2001» («Estimations de prévalence nationale de la consommation problématique de drogues dans l'Union européenne, 1995-2001»), CT.00.RTX.23, Lisbonne, OEDT, 2003. Coordonné par l'Institut für Therapieforschung, Munich.

En Finlande et en Suède, la majorité des usagers à problèmes sont des consommateurs primaires d'amphétamines (70 à 80 % en Finlande en 1999, selon les estimations). La situation est très différente dans les autres pays où les usagers à problèmes sont la plupart du temps des consommateurs primaires d'opiacés (et souvent polytoxicomanes). En Espagne, la cocaïne est devenue un facteur important dans les problèmes de toxicomanie signalés (données sur les traitements et les soins d'urgence), et cela est confirmé par les récentes estimations sur la prévalence. Certains pays (Allemagne, Pays-Bas) enregistrent une forte prévalence de la consommation du crack chez les usagers à problèmes, bien qu'elle se situe surtout dans les grandes villes et principalement chez les consommateurs primaires d'opiacés.

Des estimations séparées ont été effectuées concernant la consommation de drogues par injection, une sous-catégorie de l'ensemble de la consommation problématique de drogues. Ces estimations se fondent sur des coefficients en utilisant des données sur la mortalité et les taux d'infection par immunodéficience humaine (VIH) ou le virus de l'hépatite C (VHC). Étant donné qu'il est malaisé de distinguer les taux de consommation actuelle par injection (que les estimations basées sur la mortalité reflètent probablement le mieux) et de consommation par injection au cours de la vie (à partir des estimations de VIH/VHC), les estimations sont

⁽¹⁾ Voir l'encadré 3 EL — Tendances et modèles de consommation problématique de drogues par pays.

difficiles à comparer. Les estimations de la consommation par injection se situent en général entre deux et cinq cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, les données ne sont pas disponibles pour cinq des États membres. Le Luxembourg enregistre des estimations plus élevées, soit près de six cas pour 1 000 habitants. Les estimations de consommation par injection montrent la population exposée à des risques de graves conséquences pour la santé ou de décès liés à la drogue (graphique 5).

L'analyse de la proportion d'utilisateurs par injection parmi les consommateurs d'héroïne sous traitement révèle de nettes différences entre les pays en ce qui concerne la prévalence de la consommation par injection et des tendances variables au cours du temps (graphique 6). Dans certains pays, la consommation de drogues par injection semble faible (Pays-Bas, Portugal), tandis que dans d'autres le niveau de consommation par injection chez les héroïnomanes sous traitement est très élevé (Grèce, Luxembourg). Dans presque tous les pays, la consommation par injection parmi les héroïnomanes traités semble avoir diminué au cours des années 90, bien que les données de certains pays traduisent des augmentations depuis 1996 et plus récemment (Irlande, Finlande) qui, si elles sont confirmées, sont préoccupantes et devraient faire l'objet de mesures. Au Royaume-Uni, la proportion d'héroïnomanes par injection a diminué jusqu'en 1996, puis a augmenté l'année suivante pour demeurer stable par la suite.

D'après les mêmes données sur la consommation actuelle par injection en pourcentage chez les consommateurs d'opiacés sous traitement, pondérées par les estimations du nombre absolu d'usagers à problèmes (voir tableau statistique 4), environ 60 % des usagers à problèmes dans l'UE sont des consommateurs par injection, mais il existe de grandes disparités entre les pays (non montrées). Si le taux de consommation problématique de drogues dans l'ensemble de l'UE se situe entre 4 et 6 cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans, cela se traduit par un chiffre de 1 à 1,5 million d'usagers à problèmes, dont 600 000 à 900 000 sont des consommateurs par injection.

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

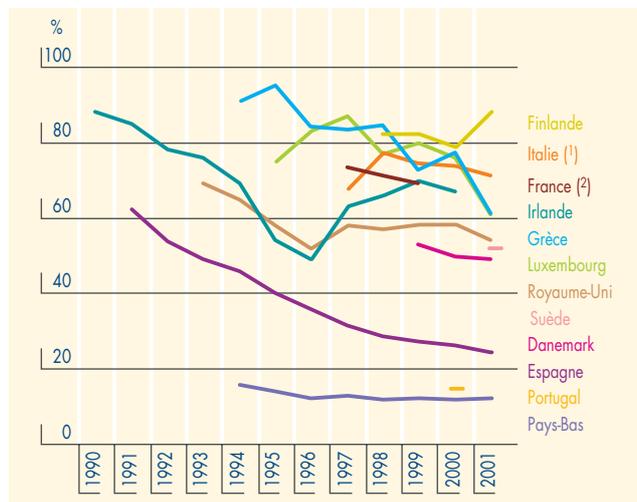
Tableau statistique 4 — Estimations de prévalence de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE, 1995-2001

Tableau statistique 5 — Estimations du taux de la consommation problématique de drogues dans les États membres de l'UE, 1995-2001 (taux pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans)

Demande de traitement

Les caractéristiques (telles que le profil social) des patients entreprenant un traitement et les comportements de consommation (notamment la proportion d'usagers de drogues par injection ou d'opiacés) constituent des indicateurs potentiels de tendances plus vastes dans la consommation problématique de drogues. Les données sur la demande de traitement permettent également d'avoir un aperçu de l'organisation des centres de traitement en

Graphique 6 — Tendances de la consommation de drogues par voie d'injection dans les États membres de l'UE, 1990-2001 (pourcentage d'usagers actuels par voie d'injection parmi les héroïnomanes sous traitement)



(1) Italie: données provenant du tableau standard 4 (2002).

(2) Les données ne sont pas disponibles pour la France en 1998; les chiffres se fondent sur des interpolations.

NB: Les données représentent plusieurs milliers de cas par pays et par an et dans la plupart des pays elles comprennent presque tous les cas traités au niveau national.

Sources: Points focaux nationaux dans le cadre du projet de l'OEDT «Indicateur de demande de traitement» (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

Europe. Néanmoins, des distorsions peuvent apparaître en raison des différentes méthodes de collecte d'informations utilisées et des disparités dans l'offre de services de traitement entre les pays. La collecte des données était basée pour la deuxième fois sur un protocole commun européen (indicateur de la demande de traitement, IDT), comprenant des informations sur 150 000 patients environ (12).

Substances

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

Sources d'information

En 2002, comme en 2001, deux sources d'information ont été utilisées: le protocole IDT étendu dans les centres de traitement où les données étaient disponibles, et une forme concise du protocole IDT, qui est incluse dans les tableaux des données recueillies depuis 1993. De façon à obtenir une cohérence avec les années précédentes et à observer l'évolution des tendances au cours du temps, on a utilisé dans certains cas la seconde source d'information. Le nombre de cas pris en compte pour chaque pays par source de données est indiqué dans la version en ligne (1).

(1) Tableau 1 EL — Nombre de cas pris en compte par source de données.

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

En 2001, comme pour les années précédentes, tous les pays font état d'une augmentation du nombre global de patients sous traitement pour toxicomanie. Selon les rapports nationaux, ce phénomène peut être attribué à plusieurs raisons: une amélioration des méthodes d'enregistrement (on signale davantage de personnes traitées), une plus grande disponibilité des structures de traitement (notamment celles offrant des traitements de substitution et des services à bas seuil), la différenciation des programmes (il existe aujourd'hui des services spécialisés destinés à des groupes cibles spécifiques et diverses substances utilisées dans les programmes de substitution, telles que la buprénorphine et la méthadone), l'augmentation de la durée du traitement des patients existants et l'augmentation du nombre de personnes sous traitement dans les zones rurales et non urbaines (rapports nationaux 2002).

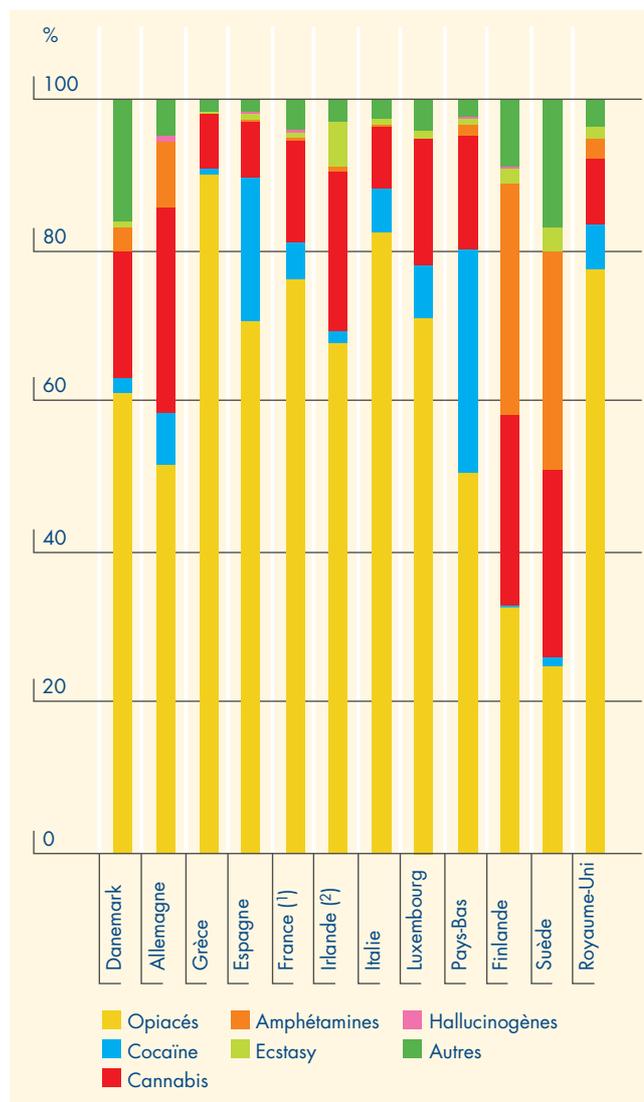
La plupart des toxicomanes sollicitent un traitement de façon spontanée ou en raison de la pression familiale; les autres sources ne représentent qu'une faible proportion des admissions ⁽¹³⁾. L'orientation des patients vers les centres de traitement de la toxicomanie varie entre les pays, pour plusieurs raisons: des différences dans la répartition de la consommation des substances, des différences dans l'organisation nationale des services sanitaires, sociaux et judiciaires, et des différences sociales ou culturelles. Par exemple, c'est en Allemagne que la proportion des patients adressés par les tribunaux, la police ou d'autres services judiciaires est la plus élevée, éventuellement en raison de la forte proportion de consommateurs de cannabis dans ce pays ⁽¹⁴⁾. En revanche, en Suède, pays qui possède un système d'aide sociale très structuré, les services sociaux jouent un rôle important dans l'orientation des toxicomanes vers les services spécialisés. En Grèce, la famille est une institution centrale dans la société et joue un rôle important dans l'orientation des patients (rapport national 2002) ⁽¹⁵⁾.

Dans la plupart des pays, tous les patients sont admis en traitement pour consommation d'opiacés (en particulier d'héroïne) (graphique 7). Dans la plupart des pays de l'UE, entre 50 et 70 % des patients en demande de traitement sont des consommateurs d'héroïne, mais ce taux est très variable. On peut classer les États membres de l'UE en quatre groupes selon la proportion que représente la consommation d'opiacés dans l'orientation vers les centres de traitement de la toxicomanie:

- inférieure à 50 % (Finlande, Suède);
- 50-70 % (Danemark, Allemagne, France, Irlande, Pays-Bas);
- 70-80 % (Espagne, Luxembourg, Royaume-Uni);
- et supérieure à 80 % (Grèce, Italie, Portugal) ⁽¹⁶⁾.

Il semble que les patients des centres de traitement en ambulatoire ont tendance à être plus différenciés que ceux d'autres services de

Graphique 7 — Ensemble des patients admis pour traitement — par drogue principale



(1) Données 1999.

(2) Données 2000.

NB: n = 300 414.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2002). Voir également le tableau statistique 6 EL — Caractéristiques des personnes traitées pour toxicomanie dans l'UE.

traitement ⁽¹⁷⁾, soit parce que ces centres en ambulatoire sont spécialisés dans les problèmes particuliers liés à la toxicomanie, soit parce qu'ils se sont développés pour répondre à la demande de traitement des différents types de toxicomanie (tels que la consommation de cannabis ou de cocaïne) (Molinae et al., 2002).

Dans un grand nombre de pays, l'héroïne est suivie par le cannabis en ce qui concerne le nombre d'usagers admis en traitement, et le chiffre le plus élevé se situe chez les nouveaux

⁽¹³⁾ Graphique 3 EL — Nouveaux patients admis en traitement par source de la demande.

⁽¹⁴⁾ Pour différentes raisons (y compris, par exemple, l'imposition de sanctions administratives telles que le retrait du permis), la proportion d'utilisateurs adressés par le système judiciaire pénal ne correspond pas nécessairement à la proportion de contrevenants.

⁽¹⁵⁾ Graphique 4 EL — Source de la demande de traitement pour les nouveaux patients dans certains pays.

⁽¹⁶⁾ Voir le tableau statistique 6 EL — Caractéristiques des personnes traitées pour toxicomanie dans l'UE; et le tableau statistique 7 EL — Caractéristiques des personnes traitées pour la première fois pour toxicomanie dans l'UE.

⁽¹⁷⁾ Graphique 5 EL — Drogue primaire chez l'ensemble des patients par type de centre.

patients (24,7 % du total des nouvelles admissions concerne des consommateurs de cannabis) ⁽¹⁸⁾; les patients admis en traitement pour consommation de cannabis sont suivis principalement par les services en ambulatoire et les centres avec hébergement ⁽¹⁹⁾. Le cannabis est souvent consommé en association avec d'autres substances et utilisé en tant que drogue secondaire ⁽²⁰⁾. La proportion de personnes admises en traitement pour l'usage du cannabis varie considérablement entre les pays: de 7,3 % en Grèce à 27,2 % en Allemagne (voir graphique 7).

L'Espagne (19 %) et les Pays-Bas (29,9 %) restent les pays affichant les taux les plus élevés de patients admis en traitement pour usage de cocaïne comme drogue principale. Les taux dans les autres pays sont moins élevés, de 0,8 % en Grèce à 7 % au Luxembourg. D'après une étude spécifique sur les données de traitement aux Pays-Bas, les deux plus grands groupes de population admis en traitement pour cocaïnomanie ces dernières années étaient les consommateurs de cocaïne-base libre/de crack et ceux qui utilisaient la cocaïne en association avec l'héroïne ou la méthadone. Les utilisateurs de cocaïne-base ou crack peuvent être plus problématiques pour les services de traitement compte tenu que la cocaïne-crack entraîne un degré de dépendance et de difficultés élevé; et ceux qui la consomment, seule ou en association avec l'héroïne, sont généralement peu intégrés socialement (Mol et van Vlaanderen, 2002).

L'écart le plus important entre les pays en matière de demande de traitement concerne les amphétamines: la proportion de la demande émanant des consommateurs de cette drogue s'élève à 31,1 % en Finlande, 29 % en Suède, 8,7 % en Allemagne, 3 % au Danemark, 2,7 % au Royaume-Uni et 1,5 % aux Pays-Bas, et se situe autour de moins de 1 % dans les autres pays.

Les données relatives au traitement reflètent de plus en plus une augmentation de la polytoxicomanie. Dans tous les pays, plus de 50 % de l'ensemble des patients consomment au moins une autre drogue outre leur drogue primaire, principalement le cannabis (18,4 %) ou la cocaïne (19 %). Les associations de substances les plus fréquentes sont l'héroïne avec la cocaïne ou le cannabis et la cocaïne avec l'alcool ou le cannabis (rapports nationaux 2002).

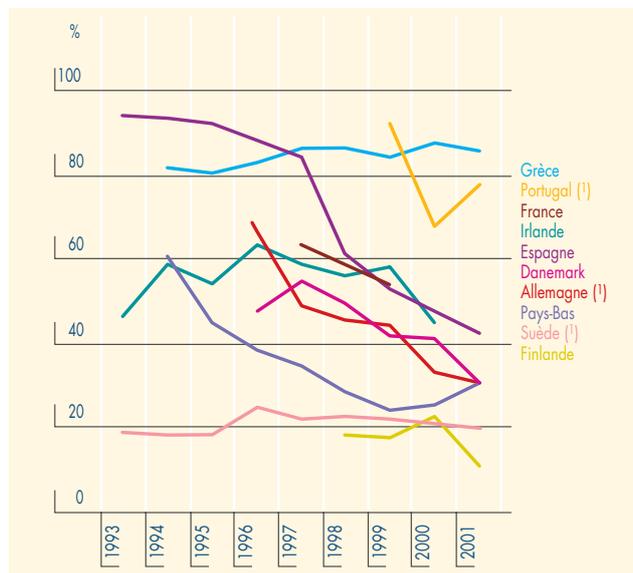
Tendances

Les pays d'Europe signalent des tendances communes en matière de demande de traitement pour consommation d'héroïne et de cannabis, l'héroïnomanie semble stable ou en diminution dans tous les pays, tandis que l'usage du cannabis est en hausse presque partout, en particulier chez les nouveaux patients (graphique 8).

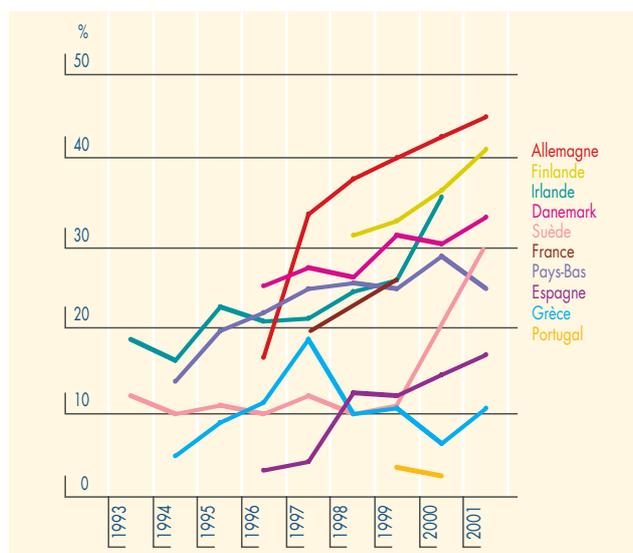
Les raisons éventuelles de la diminution apparente du nombre d'héroïnomanes pourraient être la fin de l'épidémie d'héroïne visible à la fin des années 80 et au début des années 90 et la baisse consécutive des demandes de traitement, la saturation des services de traitement pour les héroïnomanes, et la différenciation plus importante des programmes de traitement, qui comprennent désormais d'autres structures disponibles pour les usagers d'autres drogues (notamment le cannabis).

Graphique 8 — Nouveaux patients admis en traitement pour (A) consommation d'héroïne/d'opiacés ou (B) consommation de cannabis

Graphique 8 (A) — Consommation d'héroïne/d'opiacés



Graphique 8 (B) — Consommation de cannabis



(1) L'héroïne comprend tous les opiacés.

NB: Les données concernant la Belgique, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche et le Royaume-Uni n'étaient pas disponibles. Pour le nombre de cas, voir le tableau statistique 7 EL.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2002). Voir également le tableau statistique 7 EL — Caractéristiques des personnes traitées pour la première fois pour toxicomanie dans l'UE.

La tendance à la hausse de la demande de traitement pour usage de cannabis (graphique 9) peut s'expliquer par plusieurs raisons: une hausse de la prévalence de la consommation de cannabis, une augmentation du nombre de cas signalés par le système judiciaire, des facteurs liés au marché (tels qu'une plus grande disponibilité ou des prix plus bas) et une augmentation du nombre d'adolescents rencontrant des difficultés sociales ou

⁽¹⁸⁾ Graphique 6 EL — Répartition des nouveaux patients et de l'ensemble des patients par drogue primaire.

⁽¹⁹⁾ Graphique 5 EL — Drogue primaire chez l'ensemble des patients par type de centre.

⁽²⁰⁾ Graphique 7 EL — Drogues secondaires les plus fréquemment utilisées par l'ensemble des patients.

psychologiques et qui ne peuvent trouver d'autres services adaptés. L'augmentation du nombre de patients admis en traitement pour usage de cannabis semble particulièrement marquée dans certains pays où les données sur la prévalence, les saisies de cannabis, les infractions liées au cannabis et les demandes de traitement pour usage de cette drogue suivent des trajectoires parallèles (rapports nationaux 2002). Des recherches en cours en Allemagne sont axées sur les groupes orientés vers les services de traitement par le système judiciaire et/ou les services sociaux pour usage de cannabis; les premiers résultats semblent indiquer que certains jeunes usagers de cannabis remplissent les critères de dépendance selon les codes CIM-10 (R. Simon, intervention personnelle, 2002).

Les tendances qui caractérisent ⁽²¹⁾ l'usage de la cocaïne et d'autres substances sont moins homogènes entre les pays: en Espagne et aux Pays-Bas, la forte augmentation constatée les années précédentes semble s'être ralentie; la demande de traitement est désormais stable ou en légère augmentation seulement, principalement chez les patients traités pour la première fois.

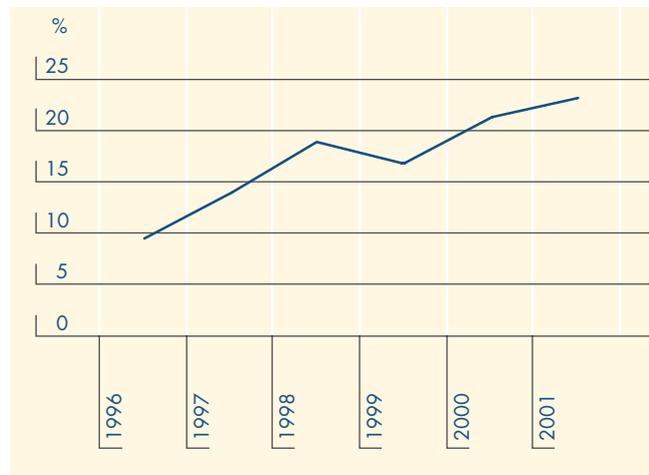
Modèles de consommation et modes d'administration

Généralement, les usagers consomment des drogues pour la première fois pendant l'adolescence (entre 15 et 29 ans, et en particulier entre 15 et 19 ans). Néanmoins, l'âge de la première consommation varie selon les substances: 33,6 % des patients commencent à consommer du cannabis avant l'âge de 15 ans et 56,3 % entre 15 et 19 ans, et 63,3 % utilisent des stimulants pour la première fois au même âge (de 15 à 19 ans). En revanche, l'âge de la première consommation d'héroïne et de cocaïne semble plus élevé (plus de 40 % des patients consomment de l'héroïne et de la cocaïne pour la première fois entre 20 et 29 ans, voire plus tard pour une certaine catégorie) ⁽²²⁾.

Les consommateurs d'héroïne, de cocaïne et de cannabis admis en traitement, dans le cas où ils ont consommé des drogues au cours des 30 derniers jours, les ont généralement utilisées quotidiennement, tandis que les stimulants sont habituellement consommés 2 à 6 fois par semaine ⁽²³⁾.

Les modes d'administration des drogues primaires le plus souvent mentionnés dans les rapports sont: l'injection et la consommation en fumant pour l'héroïne, la consommation en prisant ou en fumant/inhalant pour la cocaïne et la consommation par voie orale (ingérer/boire) pour les stimulants (graphique 10). En tenant compte des limites méthodologiques [l'échantillon n'était pas exactement le même que lors de l'année précédente (2001) et il y avait moins de données inconnues qu'en 2001], une évolution des modes de consommation a été signalée en 2001: les patients sont moins nombreux à s'injecter de l'héroïne et plus nombreux à priser ou à fumer de la cocaïne. Les raisons de cette

Graphique 9 — Tendence dans la demande de traitement pour l'usage de cannabis (1996-2001)



NB: % valide pondéré par rapport au nombre de clients par pays. Nouveaux patients seulement. La valeur «n» varie par an de 31 143-56 394. Plus de détails sont disponibles dans le tableau 1 EL.

Sources: Rapports nationaux Reitox (1996 à 2001).

tendance pourraient être en rapport avec des facteurs liés au marché, en particulier le prix et la disponibilité de l'héroïne à fumer et du crack et l'impact des programmes de prévention et de réduction des risques (OEDT, 2002a; rapports nationaux 2002).

Caractéristiques sociales

Les patients qui entreprennent un traitement sont généralement des hommes âgés d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années. La moyenne d'âge globale est de 29,8 ans, et de 26,9 ans pour ceux qui se soumettent à un traitement pour la première fois. Les patients les plus jeunes sont relevés en Allemagne, en Irlande et en Finlande et les plus âgés en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas ⁽²⁴⁾. La répartition par âge des patients en demande de traitement semble liée au type de substance consommée — en général, les consommateurs de cannabis sont plus jeunes, alors que ceux d'héroïne et de cocaïne sont plus âgés. La plus forte proportion de consommateurs de cannabis se trouve en Allemagne, tandis que les plus forts taux de cocaïnomanes et d'héroïnomanes se trouvent en Espagne et en Italie respectivement. La forte proportion de jeunes toxicomanes en Finlande peut en partie s'expliquer par le développement relativement tardif des cultures de drogue dans ce pays. La répartition par sexe varie d'un rapport hommes/femmes de 2/1 à 6/1 ⁽²⁵⁾. La proportion plus élevée d'hommes reflète sans doute des niveaux généralement plus élevés de consommation de drogues parmi les hommes ou peut être influencée par une différence au niveau de l'accès aux services (OEDT, 2002a). Les modèles de répartition par sexe tendent à être similaires dans les pays du Sud ou dans ceux du

⁽²¹⁾ Graphique 8 EL — Nouveaux patients admis en traitement pour consommation de cocaïne.

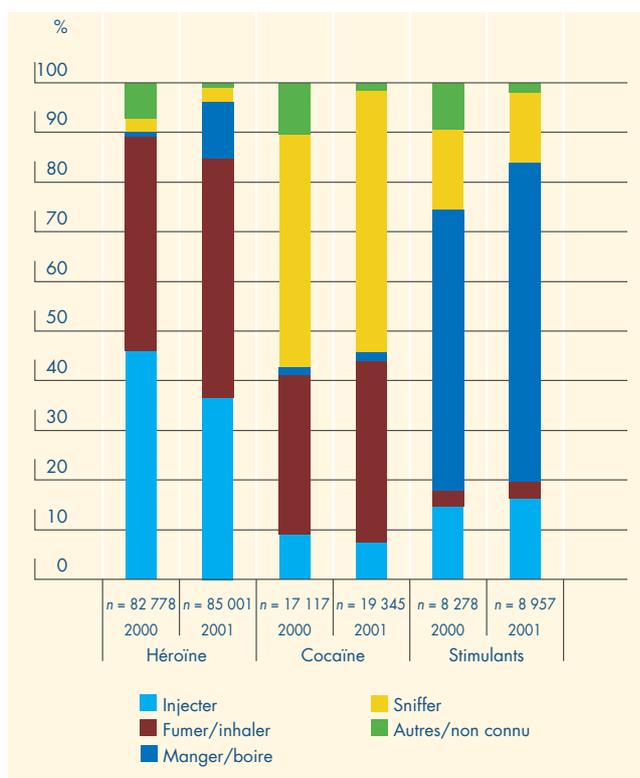
⁽²²⁾ Graphique 10 EL — Âge de la première consommation de la drogue principale chez l'ensemble des patients.

⁽²³⁾ Graphique 9 EL — Fréquence de consommation de la drogue principale chez l'ensemble des patients (30 derniers jours précédant le début du traitement).

⁽²⁴⁾ Tableau 2 EL — Moyenne d'âge des patients en traitement.

⁽²⁵⁾ Voir le tableau statistique 8 EL — Caractéristiques des femmes traitées pour toxicomanie dans l'UE; et le tableau statistique 9 EL — Caractéristiques des hommes traités pour toxicomanie dans l'UE.

Graphique 10 — Mode d'administration parmi l'ensemble des patients au niveau de l'UE



NB: % valable.
 Les données de 2000 concernant la France, l'Irlande, l'Autriche et le Portugal et celles de 2001 concernant la Belgique, la France, l'Italie et le Portugal n'étaient pas disponibles.
 Sources: Rapports nationaux Reitox (2001, 2002). Données IDT (2000, 2001) provenant de centres de traitement en ambulatoire.

Nord (par exemple, la proportion d'usagers masculins est supérieure dans les pays du Sud). Ce fait peut être attribué à une différence du modèle de consommation des substances entre les pays du Nord et ceux du Sud (les pays du Sud abritent une plus forte proportion d'héroïnomanes, qui sont principalement des hommes) et à des différences culturelles et sociales.

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

- Tableau statistique 6 — Caractéristiques des personnes traitées pour toxicomanie dans l'UE
- Tableau statistique 7 — Caractéristiques des personnes traitées pour la première fois pour toxicomanie dans l'UE
- Tableau statistique 8 — Caractéristiques des femmes traitées pour toxicomanie dans l'UE
- Tableau statistique 9 — Caractéristiques des hommes traités pour toxicomanie dans l'UE

En règle générale, la situation sociale des patients admis en traitement, en termes de niveau d'études, de conditions de vie et de travail, se dégrade par rapport à la population en général ⁽²⁶⁾.

Maladies infectieuses liées à la drogue ⁽²⁷⁾

Prévalence et tendances du VIH et du sida

Les maladies infectieuses liées à l'usage de drogues par voie d'injection influent considérablement sur les coûts économiques et sociaux de la toxicomanie, même dans les pays où la prévalence du VIH est faible (Postma et al., 2001; Godfrey et al., 2002). La prévention de ces maladies passe par la diffusion d'informations sur la transmission de la maladie à l'intention des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), la distribution de seringues propres (Hurley et al., 1997; Commonwealth d'Australie, 2002) et la vaccination contre les virus des hépatites A et B. On dispose aujourd'hui de traitements efficaces contre les maladies infectieuses du VIH et du VHC et, étant donné que la prévalence des maladies infectieuses est souvent très élevée chez les UDVI, les politiques de prévention et de traitement des infections chez les UDVI sont très rentables.

L'OEDT effectue un suivi systématique de la prévalence de l'infection par le VIH et des hépatites B et C chez les UDVI dans l'Union européenne. Les données de prévalence sous forme agrégée (taux globaux et par sous-groupes) sont recueillies sur divers lieux courants (par exemple, des centres de traitement de la toxicomanie, des centres d'échange de seringues, des prisons) et proviennent également d'études spécifiques ⁽²⁸⁾. Même si les données recueillies à ce jour sont difficiles à comparer car elles proviennent de nombreuses sources, elles donnent un aperçu global des différences entre les pays ou les régions et les lieux. En outre, fait plus important, le suivi de l'évolution des tendances au cours du temps, en particulier de la prévalence chez les jeunes et les nouveaux usagers par injection, apporte des informations cruciales sur la propagation des infections chez les UDVI et la réussite des mesures de prévention. L'objectif à plus long terme est d'améliorer la qualité et la comparabilité des sources régulières existantes et d'élaborer des études de séroprévalence chez les UDVI vraiment comparables aux niveaux local et européen.

Les données disponibles montrent des différences importantes de prévalence d'infection au VIH chez les UDVI entre les pays et au sein même des pays. Les niveaux d'infection signalés par les différentes sources varient entre environ 1 % au Royaume-Uni (enquêtes et dépistages anonymes indépendants) et plus de 30 % en Espagne (tests complémentaires réguliers pendant le traitement), mais sont généralement stables ⁽²⁹⁾. La situation globale n'a pas évolué ces dernières années (graphique 11).

⁽²⁶⁾ Voir *Social exclusion and reintegration* («Exclusion sociale et réinsertion»), p. 65.

⁽²⁷⁾ Pour plus de détails sur ce thème, voir le rapport annuel 2001, chapitre 3, «Questions particulières — Maladies infectieuses». Disponible en ligne (<http://ar2001.emcdda.eu.int>).

⁽²⁸⁾ Des informations plus détaillées sur la méthodologie et les directives figurent sur le site web de l'OEDT (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml).

⁽²⁹⁾ Pour plus de détails sur ces données et les sources originales, voir le tableau statistique 10 EL — Tableau récapitulatif de la prévalence de l'infection au VIH parmi les UDVI dans l'UE; et le tableau statistique 12 EL — Prévalence d'infections au VIH (en pourcentage de personnes infectées) parmi les UDVI dans l'UE et en Norvège.

Dans certains pays et régions, la prévalence du VIH est restée extrêmement élevée chez les UDVI depuis 1995. Même si dans la plupart des cas ce fait reflète les anciennes épidémies, il est extrêmement important de déployer des efforts de prévention spécifiques (notamment afin de prévenir la transmission aux nouveaux UDVI, aux partenaires sexuels des UDVI et de la mère à l'enfant). La prévalence était supérieure à 25 % dans certaines régions et villes ⁽³⁰⁾.

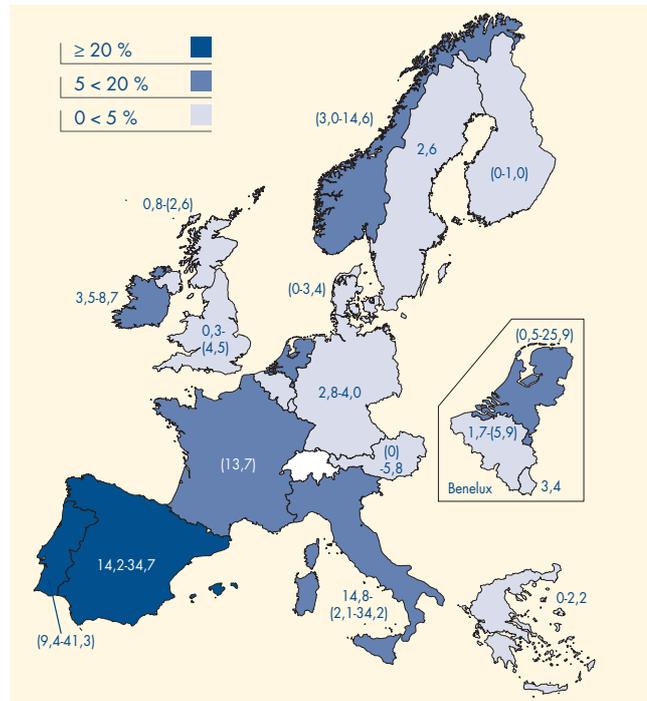
Les tendances de la prévalence du VIH fournissent des informations importantes pour l'élaboration et l'évaluation des politiques. Davantage de mesures sont nécessaires si les tendances traduisent une augmentation du niveau d'infection, mais elles peuvent être inutiles si le niveau d'infection semble diminuer. Cependant, même dans les régions où la prévalence est stable ou en baisse, de nouvelles infections peuvent encore se déclarer. Ces dernières années, des augmentations du nombre de transmissions du VIH chez les UDVI (sous-groupes) ont pu se produire dans des régions ou des villes d'Espagne, d'Irlande, d'Italie, des Pays-Bas, d'Autriche, du Portugal, de Finlande et du Royaume-Uni, même si dans certains de ces pays des baisses importantes ont également été enregistrées ⁽³¹⁾. Les données italiennes montrent que dans les pays enregistrant un grand nombre d'infections, les moyennes nationales n'ont que peu de valeur, et des ventilations par région ou ville plus petites sont importantes pour évaluer le succès des mesures de prévention ⁽³²⁾. Cependant, peu de pays sont déjà en mesure de fournir des données nationales ventilées par région. Pour faciliter le suivi de l'évolution des tendances au fil des années, les données sur la prévalence devraient, dans l'idéal, être complétées par des déclarations de nouveaux cas diagnostiqués. Bien qu'elles ne soient pas encore disponibles pour les pays connaissant les plus fortes prévalences, et qu'elles dépendent encore largement des modèles de dépistage, les données issues des déclarations ont permis de révéler de nouvelles augmentations du taux de transmission en Finlande. Récemment, le Portugal a commencé à fournir des données issues de déclarations, révélant des taux par million d'habitants beaucoup plus élevés que ceux mentionnés dans les rapports des autres pays ⁽³³⁾.

La prévalence du VIH chez les jeunes UDVI peut refléter davantage l'efficacité des mesures de prévention car l'infection chez les jeunes est généralement plus récente que dans l'ensemble de la population des UDVI. Bien que l'échantillonnage soit réduit, ces données indiquent que des infections se sont déclarées chez de jeunes UDVI dans plusieurs régions ces dernières années ⁽³⁴⁾.

Certains pays disposent de données sur la prévalence du VIH chez les nouveaux UDVI. Ces renseignements constituent un bien meilleur indicateur concernant les infections au VIH récentes et peuvent refléter l'incidence de l'infection par le VIH, apportant ainsi une preuve plus évidente de l'efficacité des mesures de prévention. En supposant que les UDVI qui utilisent la voie

d'injection depuis moins de deux ans le font en moyenne depuis un an, la prévalence dans ce groupe peut fournir une estimation de l'incidence. D'après les données disponibles, l'incidence par 100 personnes-années d'exposition chez les nouveaux UDVI

Graphique 11 — Prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI dans les États membres de l'UE et en Norvège



NB: Les chiffres entre parenthèses sont des données locales. Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différents types de sources ont été utilisées et, dans certains cas, il s'agit de données locales ou autorapportées. La couleur employée pour désigner chaque pays se réfère au point central de la fourchette des estimations de prévalence obtenues à partir des différentes sources de données.

Cette carte de synthèse est destinée à donner un aperçu global de la prévalence du VIH parmi les UDVI dans l'UE. Les données qui y figurent correspondent à l'année la plus récente disponible. Les données provenant d'échantillons ne comportant pas d'informations sur les UDVI ont été exclues. Alors qu'il a fallu exclure des sources qui auraient nettement amélioré la possibilité de généralisation (données nationales, données hors traitement, par exemple), des données couvrant plus d'une année ont néanmoins pu être combinées. Les données concernant l'Italie, la Norvège et le Portugal sont limitées à la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI sous traitement et ne sont pas représentatives de la prévalence du VIH parmi les UDVI qui ne sont pas sous traitement. Le fait d'avoir des problèmes de santé constitue l'un des critères de sélection pour pouvoir bénéficier d'un traitement dans certains pays ou villes (Grèce, Portugal, Rome); en raison de longues listes d'attente ou de programmes spéciaux pour les UDVI infectés, cela pourrait entraîner une hausse faussée de la prévalence. La prévalence mentionnée sur cette carte ne devrait pas être comparée avec des versions antérieures afin de suivre les changements dans le temps, étant donné que l'inclusion des sources peut varier en fonction de la disponibilité des données. En ce qui concerne les tendances dans le temps, les détails de méthodologie et les sources, voir le tableau statistique 12 EL — Prévalence d'infections au VIH (en pourcentage de personnes infectées) parmi les UDVI dans l'UE et en Norvège, et l'encadré 6 EL — Sources des données — Prévalence.

Sources: Points focaux nationaux Reitox. Pour des détails complets et pour consulter les sources primaires, voir le tableau statistique 10 EL — «Tableau récapitulatif de la prévalence de l'infection au VIH parmi les UDVI dans l'UE» et le tableau statistique 12 EL.

⁽³⁰⁾ Voir l'encadré 4 EL — Zones à prévalence élevée du VIH, augmentations et diminutions de la transmission du VIH parmi les UDVI dans certains pays de l'UE, prévalence du VIH chez les jeunes UDVI.

⁽³¹⁾ Voir l'encadré 4 EL.

⁽³²⁾ Voir le graphique 11 EL — Prévalence d'infections au VIH chez les UDVI italiens sous traitement, par région.

⁽³³⁾ Voir le tableau statistique 15 — Infections au VIH nouvellement diagnostiquées chez les UDVI dans l'UE et en Norvège.

⁽³⁴⁾ Voir l'encadré 4 EL — Zones à prévalence élevée du VIH, augmentations et diminutions de la transmission du VIH parmi les UDVI dans certains pays de l'UE, prévalence du VIH chez les jeunes UDVI.

(intervalles de confiance de 95 %) peut varier de 0-3,7 en Angleterre et au pays de Galles (0/122 en 1998), à 0,8-11,4 parmi la Communauté flamande de Belgique (3/77 en 1998-1999), à 4,4-14,5 à Coimbra, au Portugal (12/127 en 1999-2000), à 4,4-15,5 en France (11/111, statut sérologique déclaré spontanément parmi les participants au programme d'échange de seringues en 1998) (35). Toutefois, les données concernant la Belgique, la France et le Portugal proviennent de tests réguliers et peuvent être influencées par des distorsions dans la sélection. (Il se peut que les données concernant le Portugal soient surestimées en raison des critères de sélection employés par les unités de désintoxication, qui accordent la priorité aux toxicomanes problématiques et/ou séropositifs.)

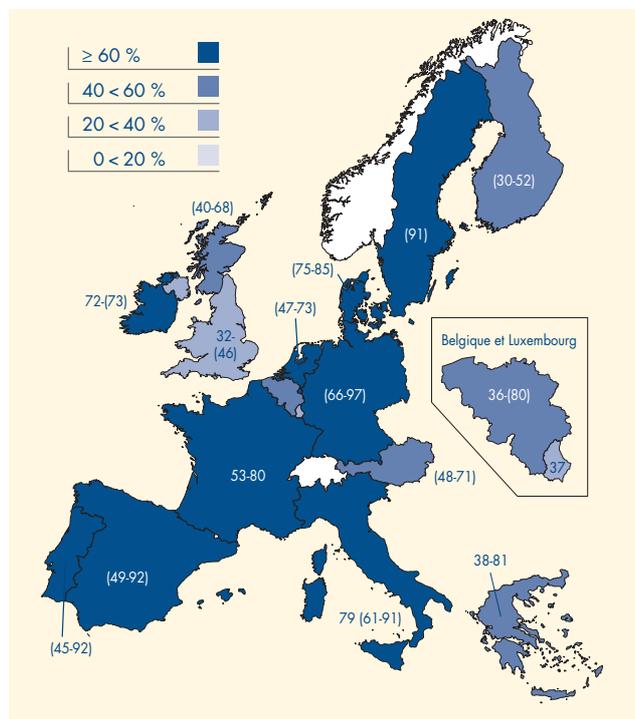
Les données sur le sida fournissent peu d'informations sur les tendances concernant les nouvelles infections au VIH en raison du long délai d'incubation du VIH avant l'apparition des symptômes du sida et de l'amélioration considérable des traitements du VIH qui retardent l'apparition de la maladie. Cependant, l'incidence du sida reflète bien les tendances quant à la charge sanitaire de l'infection au VIH dans les différents pays. L'incidence du sida a baissé dans la plupart des pays depuis environ 1996 en raison des nouveaux traitements de l'infection au VIH et probablement des taux d'infection plus bas dans les années 90. Au Portugal, les données les plus récentes indiquent que l'incidence du sida chez les UDVI est en baisse depuis 1999 (36). Il est possible d'en conclure que les demandes de traitements du VIH sont en adéquation avec les rapports émanant du système de traitement des drogues.

Prévalence et tendances du virus de l'hépatite C

Les données sur la prévalence de l'infection au VHC sont plus difficiles à obtenir, et, lorsqu'elles sont disponibles, elles sont soumises aux mêmes restrictions que les données sur le VIH. Toutefois, la situation globale est claire: la prévalence du VHC est extrêmement élevée dans tous les pays et tous les lieux, avec des taux d'infection allant de 40 à 90 % dans différents pays et sous-groupes d'UDVI (graphique 12).

Bien que l'ensemble des chiffres sur la prévalence indiquent des niveaux d'infection extrêmement élevés, les variations sont encore importantes. Concernant le VIH, cela peut en partie refléter les différents mécanismes de sélection pratiqués par les différentes sources de données, et il convient de comparer les résultats avec prudence. En 2000 et en 2001, des niveaux d'infection supérieurs à 75 % ont été rapportés concernant Anvers, en Belgique (80 % des UDVI sous traitement pour toxicomanie et dans les services à bas seuil, 2001), Francfort et Berlin, en Allemagne (82-90 % dans un service à bas seuil et deux prisons), le nord de la Grèce et la Grèce au niveau national (83 % des UDVI dans les programmes de traitement par la méthadone), les régions italiennes du Piémont, du Trentin, de Frioul-Vénétie-Julienne, de Ligurie, d'Émilie-Romagne, du Basilicate et de Sardaigne et les villes de Trente et de Bolzano (traitement pour toxicomanie) ainsi que Lisbonne et certaines villes plus petites du Portugal (patients sous traitement pour toxicomanie) (37).

Graphique 12 — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans les États membres de l'UE et en Norvège



NB: Les chiffres entre parenthèses sont des données locales. Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence en raison des différents types de sources et d'utilisation, dans certains cas, des données locales ou des tests de salive, ce qui sous-estime la prévalence. La couleur employée pour désigner un pays se réfère au point central de la fourchette des estimations de prévalence obtenues à partir de différentes sources de données. Cette carte de synthèse est destinée à donner un aperçu global de la prévalence du VHC parmi les UDVI dans l'UE. Les données qui y figurent correspondent à l'année la plus récente disponible. Les données provenant d'échantillons ne comportant pas d'informations sur les UDVI ont été exclues. Alors qu'il a fallu exclure des sources qui auraient nettement amélioré la possibilité de généralisation (données nationales, données hors traitement, par exemple), des données couvrant plus d'une année ont néanmoins pu être combinées. Les données concernant l'Irlande et le Luxembourg sont limitées aux UDVI en prison, alors que les données concernant l'Italie sont limitées à la prévalence du VHC parmi les UDVI sous traitement et ne sont pas représentatives de la prévalence du VHC parmi les UDVI qui ne sont pas sous traitement. Le fait d'avoir des problèmes de santé constitue l'un des critères de sélection pour pouvoir bénéficier d'un traitement dans certains pays ou villes (Grèce, Portugal, Rome); en raison de longues listes d'attente ou de programmes spéciaux pour les UDVI infectés, cela pourrait entraîner une hausse faussée de la prévalence. La prévalence mentionnée sur cette carte ne devrait pas être comparée avec des versions antérieures afin de suivre les changements dans le temps, étant donné que l'inclusion des sources peut varier en fonction de la disponibilité des données. En ce qui concerne les tendances dans le temps, les détails de méthodologie et les sources, voir le tableau statistique 16 EL et l'encadré 6 EL.

Sources: Points focaux nationaux Reitox. Pour les sources primaires, voir le tableau statistique 16 EL — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans l'UE.

Les tendances de la prévalence du VHC peuvent constituer un indicateur beaucoup plus sensible que les tendances du VIH sur les comportements d'injection à risques (par exemple l'échange de seringues ou d'autres matériels) et permettent de mieux mesurer l'efficacité des programmes de prévention. Le VHC est plus infectieux que le VIH et peut se transmettre plus facilement par le matériel d'injection autre que les seringues, tel que le coton, les cuillères et l'eau (mais il est beaucoup moins

(35) Voir le tableau statistique 15 EL — Infections au VIH nouvellement diagnostiquées chez les UDVI dans l'UE et en Norvège.

(36) Graphique 12 EL — Incidence du sida par rapport à la consommation de drogue par voie d'injection dans les États membres de l'UE.

(37) Encadré 5 EL — Tendances de la prévalence d'hépatite C.

transmissible par voie sexuelle). Des augmentations comme des diminutions ont été enregistrées dans les différentes régions ⁽³⁸⁾.

D'après les données disponibles provenant des programmes de traitement, la prévalence de l'infection au VHC chez les UDVI de moins de 25 ans varie de 12 % à Tampere, en Finlande (2001), à environ 60 % à Dublin, en Irlande (1997), et en Italie (1999). La prévalence chez les jeunes UDVI semble être en diminution en Belgique et en Grèce mais en augmentation en Angleterre et au pays de Galles (1998-2001).

La plupart des sources ne disposent pas encore de données sur la prévalence de l'infection au VHC chez les nouveaux UDVI (depuis moins de deux ans). Les données disponibles indiquent en général des taux de prévalence très élevés: 40 % ou au-delà, bien qu'il ait été fait état de chiffres plus faibles en Belgique et au Royaume-Uni (graphique 13).

Prévalence et tendances du virus de l'hépatite B

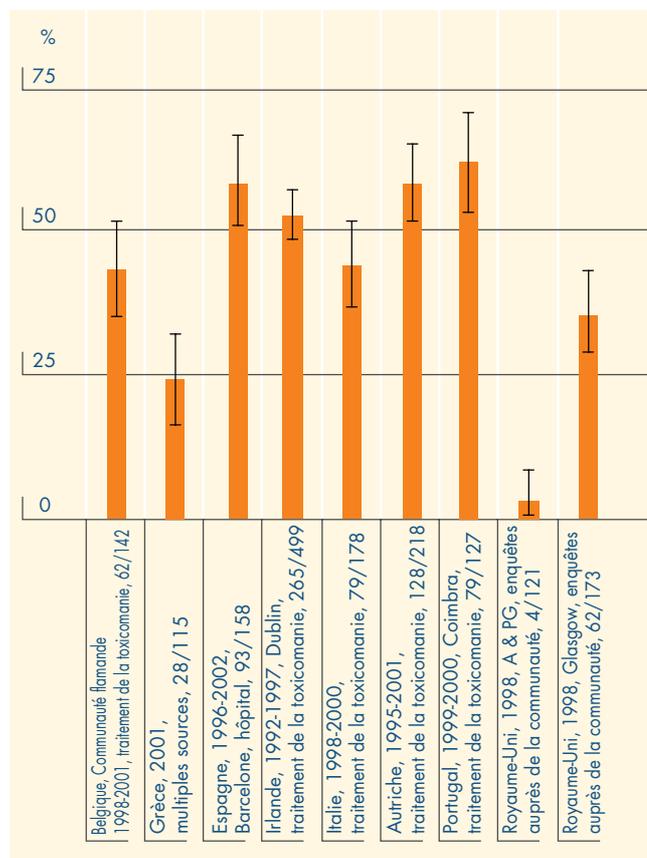
La présence dans le sang d'anticorps à un virus indique qu'une personne a déjà été infectée par ce virus ou vaccinée contre celui-ci. Contrairement au cas du VIH et du VHC, il existe un vaccin efficace contre le virus de l'hépatite B (VHB). Ainsi, dans le cas du VHB, la proportion d'UDVI ne présentant pas d'anticorps contre le virus (aHBs ou aHBc) constitue la population potentielle de vaccination et représente un indicateur important de la nécessité d'un programme de vaccination. Dans l'UE, il existe plus d'écart entre les proportions de toxicomanes ayant des anticorps (de tous types) contre le VHB qu'entre ceux qui possèdent des anticorps contre le VHC. Dans l'ensemble de l'UE, 20 à 60 % environ des UDVI sont porteurs d'anticorps contre l'hépatite B, ce qui indique un fort potentiel pour les programmes de vaccination destinés aux UDVI (40 à 80 %).

L'infection actuelle à l'hépatite B, indiquée par la présence dans le sang d'un marqueur sérologique appelé «antigène HBs», peut être une infection récente ou chronique. Le niveau élevé de l'infection actuelle indique un risque de nombreuses complications graves à long terme et de transmission étendue du virus par le biais de comportements d'injection à risques ou de relations sexuelles non protégées. La prévalence de l'infection actuelle au VHB n'est enregistrée que dans très peu de pays, mais elle semble très variable et est élevée dans certains cas.

Les cas déclarés d'hépatite B et d'hépatite C

Les données issues des déclarations concernant le VHB et le VHC sont disponibles pour certains pays. Bien que les définitions divergent et ne permettent donc pas de procéder à des comparaisons directes, les tendances dans le temps fournissent des informations utiles. Le nombre de cas d'hépatite C signalés semble avoir diminué au cours du temps au Danemark, en Finlande et en Suède, tandis que les chiffres ont augmenté aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans le cas de l'hépatite B, des diminutions se sont déjà produites au Danemark et en Finlande, alors que le nombre de cas a augmenté en Norvège et au

Graphique 13 — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez ceux qui sont UDVI depuis moins de deux ans



NB: Les parenthèses indiquent l'intervalle de confiance de 95 %.

Sources: Points focaux nationaux Reitox. Pour les sources primaires, voir le tableau statistique 18 EL — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les nouveaux UDVI dans l'UE.

Royaume-Uni. Le nombre croissant de tests est probablement à l'origine de ces tendances à l'augmentation. La proportion du total des cas concernant des UDVI est très élevée (environ 90 % dans le cas du VHC et de 40 à 70 % dans le cas du VHB) dans la plupart des pays, ce qui laisse penser que la majorité des infections au VHB et presque tous les cas d'infections au VHC dans l'UE sont dus à l'usage de drogues par voie d'injection ⁽³⁹⁾.

Voir <http://annualreport.emcdda.eu.int> pour plus d'informations en rapport avec ce chapitre:

Encadré 6 EL — Source des données — Prévalence (concernant les tableaux statistiques 10-14, 16-20)

Encadré 7 EL — Source des données — Déclarations (concernant les tableaux statistiques 21 et 22)

Tableau statistique 10 — Tableau récapitulatif de la prévalence de l'infection au VIH parmi les UDVI dans l'UE

Tableau statistique 11 — Tableau récapitulatif de la prévalence de l'infection au VHC parmi les UDVI dans l'UE

⁽³⁸⁾ Voir l'encadré 5 EL — Tendances de la prévalence d'hépatite C.

⁽³⁹⁾ Voir le tableau statistique 21 EL — Nombre de cas déclarés d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans l'UE; et le tableau statistique 22 EL — Nombre de cas déclarés d'infections au virus de l'hépatite B chez les UDVI dans l'UE et en Norvège.

Tableau statistique 12 — Prévalence d'infections au VIH (en pourcentage de personnes infectées) parmi les UDVI dans l'UE et en Norvège

Tableau statistique 13 — Prévalence d'infections au VIH chez les UDVI de moins de 25 ans dans l'UE

Tableau statistique 14 — Prévalence d'infections au VIH chez les nouveaux UDVI dans l'UE

Tableau statistique 15 — Infections au VIH nouvellement diagnostiquées chez les UDVI dans l'UE et en Norvège

Tableau statistique 16 — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans l'UE

Tableau statistique 17 — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI de moins de 25 ans dans l'UE

Tableau statistique 18 — Prévalence d'infections au virus de l'hépatite C chez les nouveaux UDVI dans l'UE

Tableau statistique 19 — Prévalence de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B (antigène HBs) chez les UDVI dans l'UE

Tableau statistique 20 — Prévalence des anticorps contre le virus de l'hépatite B chez les UDVI dans l'UE

Tableau statistique 21 — Nombre de cas déclarés d'infections au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans l'UE

Tableau statistique 22 — Nombre de cas déclarés d'infections au virus de l'hépatite B chez les UDVI dans l'UE et en Norvège

Tableau statistique 23 — Incidence de l'infection au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans l'UE

Décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues ⁽⁴⁰⁾

Les statistiques nationales sur les «décès liés à la drogue» se réfèrent généralement aux décès directement liés à la consommation de drogues ou «surdoses», bien que des différences existent entre les pays ⁽⁴¹⁾. La définition utilisée dans l'indicateur clé de l'OEDT «décès liés à la drogue» se réfère également à ces décès ⁽⁴²⁾. L'élaboration de l'indicateur clé a incité les différents États membres à œuvrer à l'amélioration de leurs procédures de signalement des décès liés à la drogue.

Les comparaisons directes des statistiques nationales devraient encore être établies avec prudence, en raison des différences en matière de définitions, de qualité des signalements et de couverture. Cependant, si des méthodes d'enregistrement cohérentes sont poursuivies sur le long terme dans un pays, le

nombre de décès liés à la drogue peut constituer un indicateur utile permettant de dégager les tendances dans les formes sévères de toxicomanie, en particulier lorsqu'il est analysé en combinaison avec d'autres indicateurs.

Dans la plupart des pays de l'UE, la surdose de drogue est une cause importante de décès chez les jeunes, en particulier les jeunes hommes. Les décès liés au sida et à d'autres causes (violence, accidents, etc.) constituent une mortalité supplémentaire liée à la drogue, avec des différences importantes entre les pays et les villes. Généralement, ces décès sont signalés par des sources différentes.

Le nombre de décès liés à la drogue chez les UDVI et les consommateurs d'opiacés est beaucoup plus élevé que dans la population générale, et la consommation problématique de drogues est une des principales causes de décès chez les jeunes adultes dans la plupart des pays de l'UE. D'après des études réalisées dans les années 90 dans certaines villes de l'UE (Glasgow, Madrid, Rome), une proportion significative de décès chez les jeunes adultes pourrait être attribuée à la consommation problématique de drogues (en particulier l'injection d'opiacés). Bien que le nombre de décès dus au sida soit en diminution, le nombre de décès par surdose est stable ou continue à augmenter, et de nouvelles études sont nécessaires pour fournir des informations plus récentes sur la mortalité liée à la toxicomanie dans d'autres villes.

Impact des décès directement liés à la drogue

Depuis dix ans, le nombre total annuel de décès directement liés à la drogue signalé par les pays de l'UE s'échelonne entre 7 000 et 9 000 ⁽⁴³⁾. On peut considérer que ces chiffres sont des estimations minimales, car le nombre de cas déclarés est probablement quelque peu sous-estimé dans la plupart des pays (parfois considérablement). La plupart des victimes sont des jeunes gens et, en outre, parmi ces décès, beaucoup auraient pu être évités.

Malgré des études encourageantes indiquant une stabilisation ou une diminution du nombre de décès liés à la drogue dans certains pays de l'UE, dans beaucoup d'autres (et dans d'autres régions du monde), le nombre de décès par surdose continue d'augmenter.

Facteurs de risque

Les opiacés sont présents dans le sang de la plupart des victimes de décès par surdose dus à la consommation de substances illicites, bien que les concentrations relevées dans la toxicologie soient très variables et que l'on découvre très souvent la présence d'autres substances ⁽⁴⁴⁾.

⁽⁴⁰⁾ Encadré 8 EL — La méthodologie et les définitions utilisées dans les estimations des décès et de la mortalité liés à la drogue.

⁽⁴¹⁾ Encadré 9 EL — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l'UE, utilisées dans le rapport annuel de l'OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux.

⁽⁴²⁾ Encadré 10 EL — Décès liés à la drogue — Définition de l'OEDT. Voir également le protocole de l'OEDT relatif aux décès liés à la drogue (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).

⁽⁴³⁾ Voir le tableau statistique 24 EL — Nombre de «décès directement liés à la drogue» enregistrés dans les pays de l'UE (selon les définitions nationales utilisées pour rapporter les cas à l'OEDT), 1985-2001.

⁽⁴⁴⁾ Graphique 13 EL — Proportion de décès liés à la drogue avec ou sans la présence d'opiacés dans les pays de l'UE en 2000-2001; et le tableau statistique 25 EL — Résumé des caractéristiques des victimes de décès directement liés à la drogue dans les pays de l'UE.

Plusieurs facteurs de risque de surdoses liées à la consommation d’opiacés sont connus: l’administration par voie d’injection, l’utilisation concomitante d’autres dépresseurs (tels que l’alcool ou les benzodiazépines), la perte de tolérance après une période d’abstinence (par exemple, après la sortie de prison ou à l’issue d’un programme de traitement), l’injection dans des lieux publics (qui peut être associée à la consommation de drogues non testées), une dépendance de longue date aux opiacés, un âge avancé (peut-être à cause de maladies concomitantes hépatiques ou respiratoires), et probablement les changements inattendus du degré de pureté (bien que les études présentent des résultats contradictoires). Par ailleurs, la plupart des surdoses dues aux opiacés se déroulent en présence d’autres usagers et le décès n’est pas immédiat, ce qui laisse le temps pour une intervention médicale. Cependant, malheureusement, les témoins sont souvent incapables d’apporter une assistance ou ne le souhaitent pas, par manque d’informations ou par crainte de l’intervention de la police.

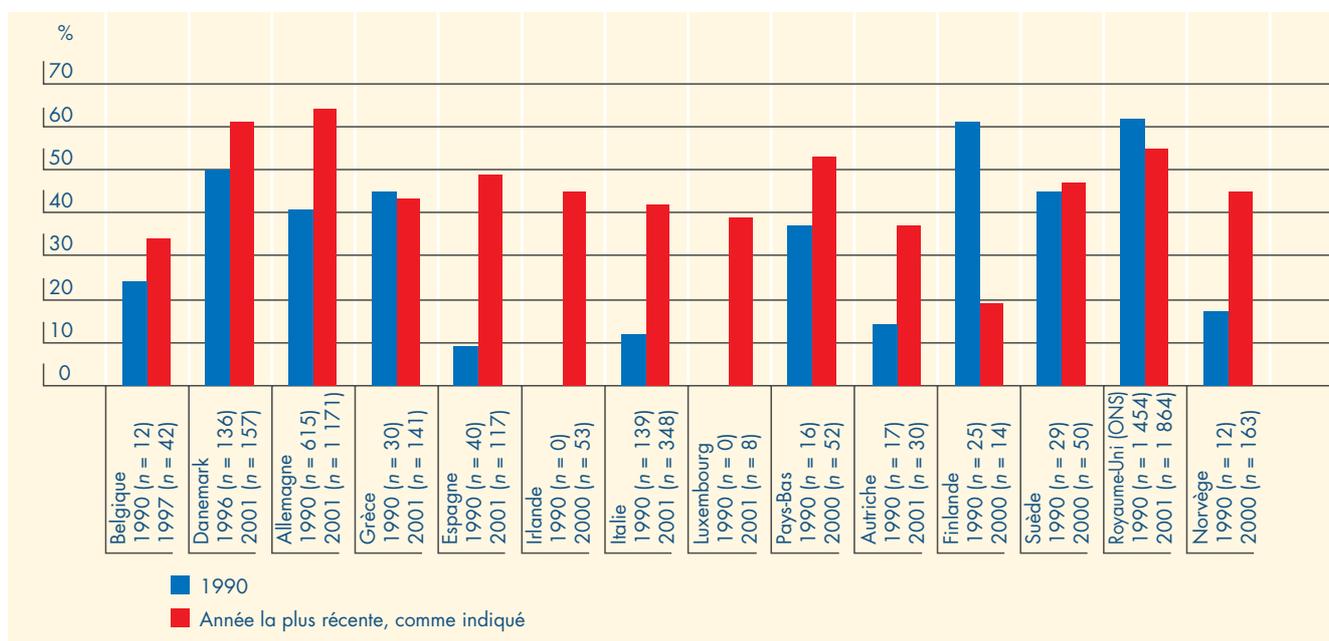
Le fait que les facteurs de risque soient bien connus et que le décès ne soit pas immédiat devrait impliquer qu’il est possible d’éviter une grande partie des surdoses, ou au moins d’empêcher une issue fatale dans de nombreux cas, et cela met en lumière le besoin de mettre en œuvre des interventions appropriées, en

particulier pour les UDVI âgés et ceux qui ont perdu la tolérance après une période de relative abstinence.

Caractéristiques des victimes

Dans la plupart des pays de l’UE, la majorité (80 à 90 %) des victimes de surdose sont des hommes (taux allant de 69 à 90 %) (45). Ce fait peut refléter la forte proportion d’hommes parmi les personnes dépendantes des opiacés, certaines études indiquant que le risque de surdose est similaire chez les hommes et les femmes. Cependant, dans de nombreux cas, la proportion des victimes de surdose qui sont des hommes est plus importante que la proportion d’hommes parmi les patients admis en traitement. L’âge de la plupart des victimes se situe à la fin de la vingtaine ou dans la trentaine, et elles consomment des opiacés depuis plusieurs années. Dans les pays de l’UE, l’âge moyen des victimes de décès liés à la drogue s’échelonne entre 30,2 et 40 ans, et dans la plupart des pays, l’âge des victimes tend à augmenter (graphique 14). Cette tendance a également été signalée par des pays hors de l’Europe. Cependant, en Finlande et, dans une moindre mesure, au Royaume-Uni, on assiste à une augmentation de la proportion de victimes plus jeunes. Ce constat mérite une attention particulière car il pourrait indiquer une augmentation de l’incidence de l’injection ou de l’usage d’opiacés

Graphique 14 — Variations de la proportion de victimes de décès liés à la drogue âgées de plus de 35 ans dans les pays de l’UE de 1990 (1) à 2000-2001



(1) Danemark, 1996. Les années présentées sont celles comportant les ventilations nécessaires ou celles pour lesquelles une analyse comparative était possible (même répartition des âges). Pour certains pays, les tranches d’âge varient selon les années: Grèce: 1990, ≥ 31 et 2001, ≥ 30; Allemagne: 1990 et 2001, ≥ 30. En Irlande et au Luxembourg, la proportion de victimes de plus de 35 ans était de 0 % en 1990.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2002, extraits des registres généraux de mortalité ou des registres spéciaux (médico-légaux ou de la police). Fondés sur des définitions nationales présentées dans l’encadré 9 EL — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l’UE, utilisées dans le rapport annuel de l’OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux. Voir également le tableau statistique 25 EL — Résumé des caractéristiques des victimes de décès directement liés à la drogue dans les pays de l’UE.

(45) Graphique 14 EL — Proportion d’hommes et de femmes parmi les victimes de décès liés à la drogue dans les pays de l’UE en 2000-2001.

ces dernières années. En Grèce et en Suède, aucune tendance à l'augmentation de l'âge des victimes ne s'est fait jour.

Décès dus à d'autres substances que les opiacés

Les décès dus à une surdose de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy sans opiacés sont peu courants en Europe. Cependant, plusieurs pays (Espagne, France, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) ont enregistré des augmentations au niveau national ou local du nombre de victimes chez qui l'on a retrouvé de la cocaïne, généralement associée à d'autres substances, bien que les informations soient rapportées de manière hétérogène. Certains pays (par exemple l'Espagne et le Portugal) ont fait état de la présence fréquente de la cocaïne chez les victimes de surdose d'opiacés. Par ailleurs, la cocaïne peut contribuer aux décès dus à des maladies cardiovasculaires et ces décès peuvent passer inaperçus.

Bien que les décès liés à la prise d'ecstasy suscitent de sérieuses inquiétudes, ils sont relativement rares comparés aux décès liés à l'usage d'opiacés, malgré le fait que la consommation d'ecstasy soit beaucoup plus courante. En effet, on assiste à la hausse du nombre de cas dans lesquels les résultats toxicologiques se rapportant à l'ecstasy sont positifs, du fait que la consommation d'ecstasy devient plus courante, mais souvent, d'autres substances sont également présentes, et il n'est pas clairement établi que le décès puisse être attribué uniquement à l'ecstasy. Les risques à court terme et à long terme associés à la prise d'ecstasy nécessiteraient d'être évalués de façon plus précise. Même si les réactions négatives dues à l'ecstasy semblent être imprévisibles, certains décès pourraient être évités grâce à des mesures relativement simples (par exemple une adduction d'eau) dans les discothèques, ainsi que par l'amélioration de l'éducation sanitaire.

Même si les décès liés à l'abus de substances volatiles attirent généralement moins l'attention, dans les pays où les informations sont disponibles, le nombre de ces décès est loin d'être négligeable. Par exemple, au Royaume-Uni, au cours de la période 1992-2000, le chiffre s'élevait à 64-85 cas par an, la plupart des victimes étant très jeunes (Field-Smith et al., 2002). La collecte d'informations sur ces décès devrait être améliorée dans les autres pays.

Les recherches montrent clairement que les traitements de substitution réduisent les risques de mortalité par surdose chez les participants à ces programmes. Cependant, dans plusieurs pays et villes de l'UE, la présence de méthadone a été relevée chez un nombre significatif de victimes de décès liés à la drogue. Selon plusieurs études, le décès est plus probablement lié à la prise de méthadone illicite que thérapeutique, tandis que d'autres études ont révélé un risque plus important lors des phases initiales du traitement de substitution par la méthadone. Ces résultats indiquent qu'il est nécessaire de garantir des normes de qualité pour les programmes de substitution.

Tendances des décès directement liés à la drogue

Les tendances des décès directement liés à la drogue varient entre les pays, et même entre les régions ou les villes au sein d'un même pays. En tenant compte de ces limites, il est possible de dégager des tendances générales pour les pays de l'UE. Une nette augmentation des décès liés à la drogue a été observée au cours des années 80 et au début des années 90 (graphique 15 A). Au cours de la période 1990-2000, la tendance globale à la hausse s'est poursuivie, bien qu'à un rythme moins soutenu. En 2000, 8 731 décès directement liés à la drogue ont été signalés dans l'ensemble de l'UE, contre 6 394 en 1990 (soit une augmentation de 36,5 %) (graphique 15 B) ⁽⁴⁶⁾.

Cette tendance globale reflète probablement la propagation rapide de l'usage d'héroïne par voie d'injection dans bon nombre de pays européens au cours des années 80 et au début des années 90. Les tendances récentes pourraient être liées à l'apparente stabilisation de la prévalence de la consommation problématique de drogues dans certains pays, la diminution de la pratique de l'injection dans d'autres et, probablement, l'augmentation de la disponibilité des traitements — notamment des programmes de substitution. Par ailleurs, le vieillissement des usagers à problèmes et la polytoxicomanie peuvent contribuer à une augmentation du nombre de décès.

Il convient de souligner qu'au sein de l'UE des différences et parfois des divergences existent entre les tendances nationales ⁽⁴⁷⁾. Bon nombre de pays de l'UE continuent à signaler une augmentation du nombre de décès liés à la drogue jusqu'à la période actuelle ou très récente, tandis que d'autres font état d'une stabilisation ou d'une diminution. Les changements des procédures et de la qualité des signalements devraient toujours être pris en compte lors de l'interprétation des tendances nationales ou locales.

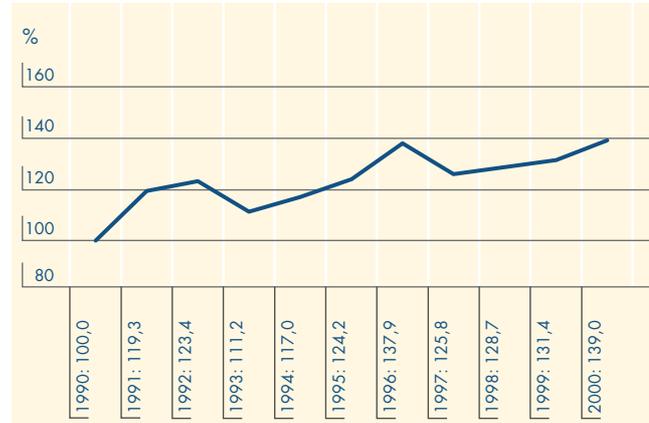
Plusieurs pays ont signalé une stabilisation ou une tendance à la baisse du nombre de décès directement liés à la drogue depuis le milieu des années 90. L'Espagne et la France affichent une tendance à la baisse apparemment constante. Bien que ces résultats soient soumis aux restrictions de la sous-évaluation (dans le cas de la France) ou de la couverture limitée (cinq grandes villes seulement en Espagne), il est important d'analyser plus profondément les raisons de ces tendances. L'évolution du mode d'administration de l'héroïne et le développement considérable des programmes de traitement (en particulier le traitement de substitution) peuvent avoir influé sur ces tendances ⁽⁴⁸⁾. Dans d'autres pays (Allemagne, Italie et Autriche), le nombre de décès liés à la drogue était fluctuant ces dernières années; ainsi, même si ce chiffre semble s'être stabilisé, bien qu'à un niveau élevé, rien ne garantit qu'une diminution pendant deux ou trois ans ne sera pas suivie d'une augmentation.

Toutefois, certains pays ont signalé des tendances à la hausse importantes depuis le milieu des années 90 (par exemple la

⁽⁴⁶⁾ Il convient de noter que les chiffres et les tendances concernant les décès liés à la drogue dans l'ensemble de l'UE ne sont disponibles que jusqu'à 2000. Neuf pays ont fourni les données pour 2001, mais pour sept pays seules les données de 2000 étaient disponibles au moment de la collecte de données (automne 2002). Lorsque c'était possible, les informations concernant 2001 ont été utilisées pour les pays qui les avaient fournies.

⁽⁴⁷⁾ Graphique 15 EL — Tendances des décès directement liés à la drogue dans les pays de l'UE, 1985 à 2001.

⁽⁴⁸⁾ Voir le rapport annuel de l'OEDT (2002a, p. 17), graphique 10 (Mode d'administration de l'héroïne en Espagne), ainsi que le chapitre «Traitement» (p. 49) et le tableau 3 (Évolution des traitements de substitution dans les 15 États membres de l'UE et en Norvège) de ce rapport.

Graphique 15 — Tendances des décès directement liés à la drogue dans l'UE, 1985-2000 ⁽¹⁾**Graphique 15 (A)** — Tendence globale à long terme des décès directement liés à la drogue dans l'UE, 1985-2000 (indice: 1985 = 100 %)**Graphique 15 (B)** — Tendence globale récente des décès directement liés à la drogue dans l'UE, 1990-2000 (indice: 1990 = 100 %)

⁽¹⁾ Quelques pays n'ont pas fourni de données pour certaines années [voir le tableau statistique 24 EL — Nombre de «décès directement liés à la drogue» enregistrés dans les pays de l'UE (selon les définitions nationales utilisées pour rapporter les cas à l'OEDT), 1985-2001]. Pour corriger cette situation, on a utilisé la méthode de calcul définie dans le projet CT99.RTX.04, OEDT (2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf). Dix pays ont fourni des informations pour 2001 tandis que six n'en ont pas fourni. L'indice pour 2001 n'a pas été calculé. Les tendances pour les pays qui ont fourni les renseignements peuvent être consultées dans le graphique 15 EL — Tendence des décès directement liés à la drogue dans les pays de l'UE, 1985 à 2001. Le nombre de cas par pays et par an est indiqué dans le tableau statistique 24 EL.

Sources: Rapports nationaux Reitox 2002, extraits des registres généraux de mortalité ou des registres spéciaux (médico-légaux ou de la police). Fondés sur des définitions nationales présentées dans l'encadré 9 EL — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l'UE, utilisées dans le rapport annuel de l'OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux.

Finlande, la Grèce, l'Irlande, la Norvège et le Portugal), lesquelles sont en partie dues, dans certains cas, à une amélioration du système d'établissement de rapports. Au Portugal, cette tendance s'est inversée en 2000, de même qu'en Finlande en 2001. Ces augmentations sont probablement liées à une propagation tardive de l'usage d'héroïne dans ces pays, bien que l'amélioration du système de signalement ait sans doute joué un rôle dans certains cas.

Le Royaume-Uni a affiché une tendance modérée mais stable des décès directement liés à la drogue jusqu'en 2000 selon la définition classique (qui inclut des décès liés à la pharmacodépendance, Office for National Statistics), mais, si l'on considère indépendamment les décès liés à l'héroïne-morphine, on observe clairement une tendance à la hausse beaucoup plus marquée: le nombre de cas a été multiplié par cinq en 2000 par rapport à 1993 en Angleterre et au pays de Galles (Griffiths, 2003) ⁽⁴⁹⁾.

Enfin, dans d'autres pays, la tendance est moins claire, ou l'évolution est difficile à interpréter en raison du passage de la 9^e à la 10^e révision de la classification internationale des

maladies (CIM), des modifications des définitions nationales ou du faible nombre de cas pris en compte.

L'absence de signes d'une baisse globale au niveau de l'UE souligne que les risques sanitaires liés à la drogue sont loin d'être écartés, et qu'il est nécessaire d'approfondir les recherches sur les facteurs de risque de décès liés à la drogue et sur les mesures d'intervention ciblées.

Mortalité globale des usagers de drogues à problèmes

Les usagers à problèmes représentent moins de 1 % de la population adulte dans l'UE mais connaissent des problèmes sanitaires et sociaux considérables.

Des études de mortalité de cohortes montrent que les usagers à problèmes ont un taux de mortalité jusqu'à vingt fois plus élevé que la population générale du même âge. Cette mortalité élevée est due en grande partie à des décès pour cause de surdose accidentelle, mais également au sida et à d'autres maladies infectieuses, à des accidents et à des suicides. Les surdoses et les

⁽⁴⁹⁾ La *drug strategy definition* («définition de la stratégie antidrogue») récemment élaborée est axée sur les drogues entraînant une toxicomanie (drogues contrôlées dans le cadre de la loi de 1971 sur l'abus de drogues, mais ne portant pas sur les décès indirectement liés à la drogue, tels que ceux dus au sida) et est assez proche de la définition de l'OEDT. Grâce à cette définition de stratégie, le nombre de cas signalés a presque doublé en Angleterre et au pays de Galles entre 1993 (864) et 2001 (1 623). L'application de la définition de l'OEDT a conduit au signalement de 1 606 cas en Angleterre et au pays de Galles en 2000 et de 1 443 en 2001.

décès accidentels contribuent largement à ce taux de mortalité élevé dans les régions qui connaissent une faible prévalence du VIH chez les toxicomanes, tandis que le sida joue un rôle significatif dans les pays enregistrant une forte prévalence du VIH liée à la consommation par injection.

La mortalité des usagers de drogues par injection est deux à quatre fois plus élevée que pour les autres usagers à problèmes, et (jusque récemment) celle des toxicomanes infectés par le VIH était deux à six fois supérieure à celle des usagers non infectés. Cette différence semble s'atténuer avec les nouveaux traitements du VIH.

Tendances de la mortalité des usagers de drogues à problèmes

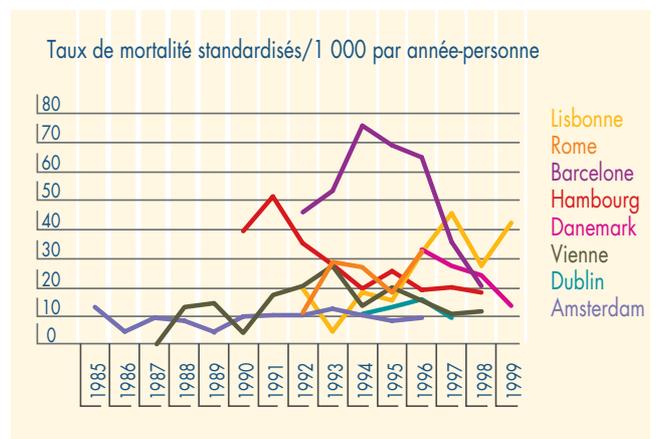
L'étude multisite coordonnée par l'OEDT ⁽⁵⁰⁾ montre des différences dans les taux de mortalité globale et les causes de décès entre les sites participants. Elle montre également des changements significatifs au fil des années de la mortalité globale et des causes de décès ⁽⁵¹⁾.

Barcelone présentait les taux de mortalité les plus élevés, tandis que Vienne et Dublin affichaient les plus bas. Dans plusieurs endroits, les taux de mortalité ont diminué depuis le début ou le milieu des années 90. À Barcelone, les taux étaient particulièrement élevés entre 1992 et 1996, mais ont fortement diminué ces dernières années, principalement en raison d'une baisse des décès liés au sida. À Lisbonne, les taux de mortalité étaient en augmentation jusqu'à une période récente (graphique 15).

Les comparaisons directes entre les sites devraient être interprétées avec prudence, car il existe des différences de topologie au niveau des centres de traitement dans lesquels les cohortes sont recrutées, bien qu'ils semblent représenter les types de traitement communs disponibles. Toutefois, les taux de mortalité normalisés en termes d'âge et de sexe chez les usagers de drogues peuvent fournir une mesure utile de l'impact de la consommation problématique de drogues sur la mortalité dans les différents pays.

L'analyse des ratios de mortalité normalisés (SMR, «standardised mortality ratios») ⁽⁵²⁾ à partir de cohortes recrutées dans le cadre de l'étude multisite a révélé qu'à Barcelone le risque de décès chez les usagers à problèmes hommes et femmes était respectivement 24 et 64 fois plus élevé que chez les personnes du même âge et du même sexe dans la population générale espagnole. À Hambourg, à Rome et à Lisbonne, le risque de décès chez les usagers à problèmes de sexe féminin était 30 à 40 fois plus élevé que dans la population générale. Le ratio élevé de mortalité normalisé parmi les usagers de drogues féminins à problèmes peut être expliqué, dans une certaine mesure, par la faible mortalité de base parmi les femmes jeunes dans la population en général.

Graphique 16 — Mortalité globale des usagers de drogues à problèmes dans plusieurs villes ou pays de l'UE



NB: Taux de mortalité standardisés, hommes et femmes. Mortalité (toutes causes) parmi des cohortes d'usagers d'opiacés recrutés dans les centres de traitement. Il existe des différences en matière de typologies de lieux de recrutement (centres de traitement) et de modalités de traitement selon les sites, bien que ces lieux et ces modalités semblent représenter des types de traitement communs disponibles sur chaque site; par conséquent, les cohortes ont tendance à être représentatives de la population utilisant le traitement selon les lieux. Pour plus d'informations, voir le tableau statistique 26 EL — Cohortes de mortalité participant au projet multisite de l'OEDT — caractéristiques des participants et résultats. L'étude multisite de l'OEDT comprenait également une cohorte suédoise (pour les caractéristiques des participants, voir tableau statistique 26 et Bargagli et al., 2002). La présentation de résultats supplémentaires obtenus à partir de cette cohorte a été reportée afin de permettre aux Suédois de procéder à sa révision et à des analyses d'informations complémentaires.

Sources: Projets de l'OEDT CT.99.EP.07 et CT.00.EP.13, «Mortality of drug users in the EU», («Mortalité chez les toxicomanes dans l'UE»), coordonné par le Department of Epidemiology, Rome E Health Authority.

Voir <http://annualreport.emcdda.eu.int> pour plus d'informations sur ce chapitre:

Encadré 9 EL — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l'UE, utilisées dans le rapport annuel de l'OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux

Encadré 10 EL — Décès liés à la drogue — Définition de l'OEDT

Tableau statistique 24 — Nombre de «décès directement liés à la drogue» enregistrés dans les pays de l'UE (selon les définitions nationales utilisées pour rapporter les cas à l'OEDT), 1985-2001

Tableau statistique 25 — Résumé des caractéristiques des victimes de décès directement liés à la drogue dans les pays de l'UE

⁽⁵⁰⁾ Projets OEDT CT.99.EP et CT.00.EP.13, «Mortality of drug users in the EU» («Mortalité des toxicomanes dans l'UE»), coordonnés par le Department of Epidemiology, Rome E Health Authority (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

⁽⁵¹⁾ Voir le tableau statistique 26 EL — Cohortes de mortalité participant au projet multisite de l'OEDT — Caractéristiques des participants et résultats.

⁽⁵²⁾ Le SMR est une estimation de l'excédent de mortalité (nombre de fois) des usagers de drogues à problèmes comparé aux personnes du même âge et du même sexe dans la population générale.

Tableau statistique 26 — Cohortes de mortalité participant au projet multisite de l'OEDT — Caractéristiques des participants et résultats

- (A) Caractéristiques des usagers d'opium recrutés dans les cohortes par site
- (B) Ratios de mortalité normalisés par sexe et site d'étude
- (C) Répartition des causes de décès des participants de la cohorte

Quelques données sur la toxicomanie et la criminalité ⁽¹⁾

Plusieurs sources montrent que la majorité des toxicomanes sous traitement ont eu affaire à la justice pénale. Parmi les personnes accusées de crimes et les détenus reconnus coupables, des études en Grèce (université Aristote de Thessalonique, 2000) et en Angleterre et au pays de Galles (Bennett, 2000) indiquent que les toxicomanes sont plus nombreux que les non-toxicomanes à avoir commis plusieurs types de délits. Les délits de propriété sont généralement identifiés comme étant le principal type d'infraction commis par les toxicomanes (université Aristote de Thessalonique, 2000; Bennett, 2000; Meijer et al., 2002).

Concernant la relation entre la toxicomanie et la criminalité, une étude portant sur la population carcérale irlandaise (Hannon et al., 2000) a révélé que 51 % des hommes et 69 % des femmes déclaraient être sous l'influence de la drogue lorsqu'ils ont commis le délit pour lequel ils étaient incarcérés. Selon les estimations d'une autre étude (Millar et al., 1998) sur les jeunes soupçonnés d'infraction en Irlande, 42 % des cas étaient liés à la consommation d'alcool, 17 % à la toxicomanie et 4 % aux deux, l'alcool étant lié plus fréquemment aux infractions touchant à l'ordre public, tandis que la drogue était le plus souvent associée à des vols.

Si intéressants soient-ils, ces résultats devraient être considérés comme un exemple plutôt que comme des éléments représentatifs de la relation entre la toxicomanie et la criminalité: premièrement, parce qu'ils proviennent d'études menées sur des populations spécifiques; deuxièmement, parce qu'ils peuvent varier considérablement selon la drogue consommée; et enfin parce qu'il est particulièrement difficile d'établir une relation — en particulier une relation causale — entre la toxicomanie et la criminalité.

⁽¹⁾ Les résultats indiqués dans l'encadré ont été fournis par la Grèce, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni dans leurs rapports nationaux 2002 à l'OEDT.

Criminalité liée à la drogue

La criminalité liée à la drogue peut être considérée comme les infractions à la législation sur la drogue, les délits commis sous l'influence de drogues illicites, les délits commis par des usagers pour maintenir leurs habitudes de consommation (principalement les vols liés à la toxicomanie et la vente de drogues) et les crimes systémiques découlant du fonctionnement des marchés illicites (combats pour protéger les territoires, corruption des autorités, etc.). Hormis les infractions liées à la drogue, les données régulièrement disponibles ne fournissent pas d'informations sur ces catégories et, lorsqu'elles sont disponibles, elles proviennent d'études locales ad hoc difficiles à interpréter.

Infractions liées à la drogue

Les «rapports» ⁽⁵³⁾ d'infractions à la législation nationale sur la drogue (telles que l'usage, la possession et le trafic) reflètent des variations dans les lois, mais également dans les diverses manières d'appliquer la législation ainsi que dans les priorités et les ressources affectées aux problèmes particuliers par les organes de la justice pénale. En outre, les systèmes d'information sur les infractions et les délinquants en matière de drogue varient considérablement entre les pays, en particulier en matière de procédures d'enregistrement, de définitions et de services de statistiques. Ces différences rendent très difficile la comparaison des données provenant de plusieurs pays de l'UE; c'est pourquoi, dans la mesure du possible, les comparaisons ont porté sur des tendances plutôt que sur des chiffres absolus.

La majorité des infractions liées à la drogue concernent l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel ⁽⁵⁴⁾ — de 39 % de l'ensemble des infractions liées à la drogue au Portugal ⁽⁵⁵⁾ à 89 % en Autriche. En Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, où la consommation de drogues n'est pas considérée comme une infraction pénale, l'ensemble des infractions liées à la drogue sont liées à la vente ou au trafic de drogues. Enfin, au Luxembourg et en Norvège ⁽⁵⁶⁾, la majorité des infractions concernent l'usage/la vente et le trafic de drogues.

En 2001, le cannabis reste la substance le plus souvent en cause dans les infractions liées à la drogue — représentant 34 % des rapports liés à la drogue au Portugal et en Suède et le chiffre élevé de 86 % en France. Au Luxembourg, l'héroïne est la drogue la plus fréquemment en cause, alors qu'aux Pays-Bas la plupart

⁽⁵³⁾ Le terme «rapports» d'infractions liées à la drogue couvre différents concepts qui varient selon les pays (rapports de police sur des personnes suspectées ou accusées d'infraction à la législation sur les drogues, etc.). Pour les définitions exactes par pays, veuillez consulter l'encadré 11 EL — Définitions des «rapports d'infractions liées à la drogue» dans les pays de l'UE et en Norvège. (Le terme «arrestations» était utilisé dans les rapports annuels précédents.)

⁽⁵⁴⁾ Tableau statistique 27 EL — Type d'infraction le plus fréquemment concerné dans les «rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège.

⁽⁵⁵⁾ Au Portugal, l'usage de drogues a été dépénalisé depuis juillet 2001. Par conséquent, la proportion d'infractions liées à la drogue qui était en rapport avec la consommation de drogue a été plus faible en 2001 qu'en 2000, lorsqu'elle s'élevait à 55 %.

⁽⁵⁶⁾ La Norvège n'est pas en mesure de faire la distinction entre «la vente/le trafic de drogues» seuls et «l'usage/la vente et le trafic de drogues». Les infractions liées à la drogue restantes se rapportent uniquement à «l'usage de drogues».

des infractions liées à la drogue concernent des «drogues dures» (autres que le cannabis et ses dérivés) ⁽⁵⁷⁾.

Tendances

Dans l'ensemble de l'UE, les «rapports» pour infractions liées à la drogue ont augmenté régulièrement sur la période de 15 ans entre 1985 et 2001 ⁽⁵⁸⁾. Leur nombre a été multiplié par plus de 4 dans l'ensemble de l'UE, tandis qu'au Danemark, au Luxembourg et aux Pays-Bas il l'a été par moins du double, et en Irlande et en Finlande il l'a été par plus de 6.

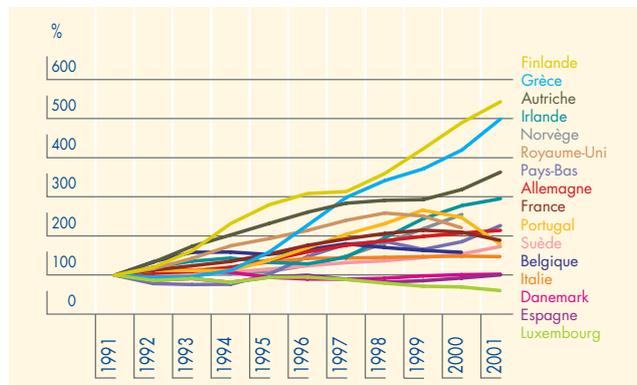
Au cours des trois dernières années pour lesquelles on dispose de données, le nombre de «rapports» liés à la drogue a augmenté dans la plupart des pays de l'UE. Les hausses les plus marquées sont relevées en Irlande, en Finlande et en Norvège. Toutefois, en 2001, le Danemark, la France, l'Italie, le Luxembourg et le Portugal ⁽⁵⁹⁾ ont enregistré une baisse du nombre de «rapports» liés à la drogue ⁽⁶⁰⁾ (graphique 17).

Dans tous les pays pour lesquels les informations étaient disponibles, la proportion d'infractions liées à la drogue constituée par des délits concernant la consommation ou la possession de drogues pour usage personnel a généralement augmenté entre 1996 et 1999-2000 ⁽⁶¹⁾. Depuis, les tendances ont divergé, avec une tendance continue à la hausse en Allemagne, en France et en Norvège, une diminution au Luxembourg, en Autriche, au Portugal et en Suède et une stabilisation au Royaume-Uni ⁽⁶²⁾.

Dans les 10 États membres de l'UE, les données disponibles ont permis de dégager des tendances sur les drogues mentionnées dans les rapports d'infractions liées à la drogue pour la période 1996-2001. Au cours de cette période, la proportion concernant le cannabis sur l'ensemble des infractions liées à la drogue a généralement augmenté en Allemagne, en Espagne, en France, en Italie, au Luxembourg et au Portugal. Elle est restée stable en Suède et a diminué en Irlande, en Autriche et au Royaume-Uni ⁽⁶³⁾. En 2001, de nettes augmentations ont été signalées en Espagne, au Luxembourg et au Portugal ⁽⁶⁴⁾.

Sur la même période de 5 ans, la proportion des rapports d'infractions liées à l'héroïne a diminué dans tous les États membres pour lesquels les données étaient disponibles, sauf au Royaume-Uni, où les délits liés à l'héroïne ont augmenté d'année en année depuis 1996 ⁽⁶⁵⁾. La tendance inverse est manifeste pour les délits liés à la cocaïne, avec une proportion en augmentation dans tous les pays sauf l'Allemagne et le Portugal ⁽⁶⁶⁾.

Graphique 17 — «Rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1991-2001 — Indexation des moyennes mobiles sur trois ans (1991 = 100)



NB: Pour les définitions des rapports d'infractions liées à la drogue, veuillez consulter le tableau statistique 29 EL — Nombre de rapports d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985-2001. Des valeurs réelles ont été entrées pour tous les pays en 2001, pour la Belgique en 1995 et en 1997, pour l'Espagne en 1996 et pour la Norvège et le Royaume-Uni en 2000, car les données disponibles ne permettent pas le calcul des moyennes mobiles dans ces cas. La série a été interrompue pour la Belgique en 1996 (données non disponibles).

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Les usagers de drogues dans le système judiciaire: les détenus

Rares sont les informations génériques nationales sur le type et le mode de consommation des drogues et leurs conséquences chez les détenus. La plupart des données disponibles dans l'UE proviennent d'études ad hoc menées au niveau local auprès d'échantillons de détenus qui varient considérablement en taille mais sont généralement réduits. En outre, souvent, les prisons étudiées ne sont pas représentatives de l'ensemble du système pénitentiaire, et le manque d'enquêtes reproduites empêche d'analyser les tendances dans la plupart des pays. Ces facteurs rendent l'interprétation des résultats très difficile.

Néanmoins, les études montrent que, par rapport à l'ensemble de la communauté, les usagers de drogues sont surreprésentés en prison ⁽⁶⁷⁾. Dans l'UE, la proportion de détenus déclarant avoir déjà consommé une drogue illicite varie selon les prisons et les pays entre 29 et 86 % (plus de 50 % dans la plupart des études) (graphique 18). Comme dans l'ensemble de la communauté, le cannabis est la substance la plus fréquemment consommée, mais plusieurs études révèlent également un nombre élevé de

⁽⁵⁷⁾ Tableau statistique 28 EL — Drogue la plus impliquée dans les «rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège.

⁽⁵⁸⁾ Tableau statistique 29 EL — Nombre de «rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985-2001.

⁽⁵⁹⁾ La baisse enregistrée au Portugal est principalement due à la dépénalisation de l'usage de la drogue depuis juillet 2001.

⁽⁶⁰⁾ Au moment de la rédaction de ce rapport, les données de 2001 n'étaient pas disponibles pour la Belgique, la Norvège et le Royaume-Uni.

⁽⁶¹⁾ Voir le graphique 16 EL — Proportion de «rapports» d'infractions liées à l'usage/la possession de drogues sur le total des infractions à la législation sur les stupéfiants, 1996-2001.

⁽⁶²⁾ Cela est valable jusqu'en 2000, étant donné qu'en 2001, année de rédaction, les données concernant le Royaume-Uni n'étaient pas disponibles.

⁽⁶³⁾ Cela est valable jusqu'en 2000, étant donné qu'en 2001, année de rédaction, les données concernant le Royaume-Uni n'étaient pas disponibles.

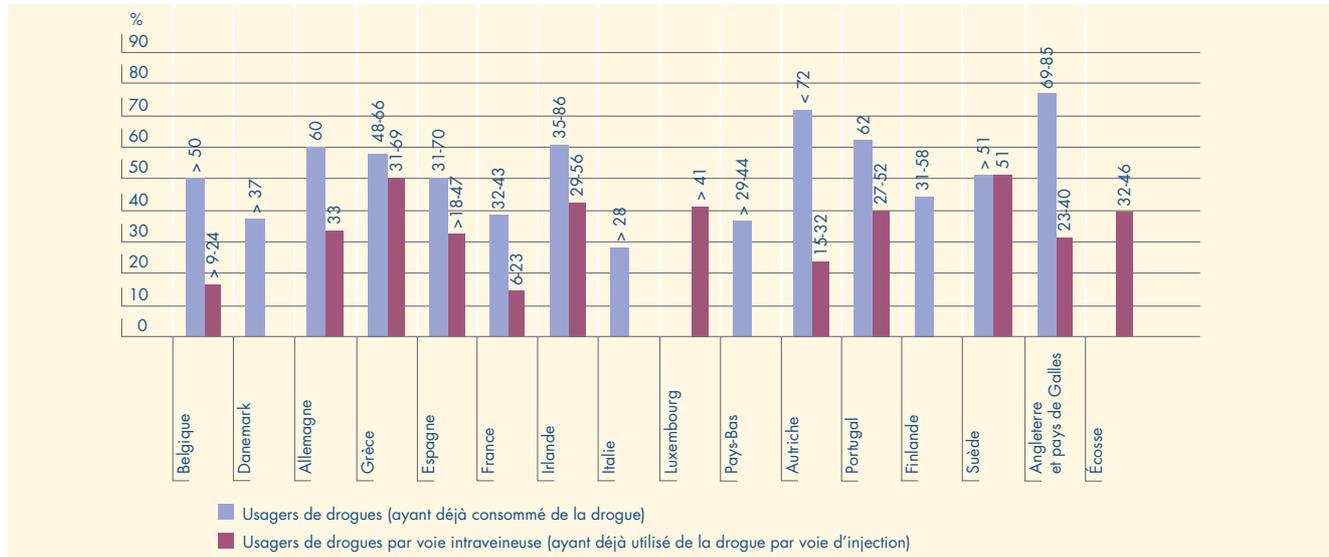
⁽⁶⁴⁾ Voir le graphique 17 EL — Proportion de rapports d'infractions liées au cannabis sur l'ensemble des infractions liées à la drogue, 1996 à 2001.

⁽⁶⁵⁾ Voir le graphique 18 EL — Proportion de rapports pour infractions liées à l'héroïne sur le total des infractions liées à la drogue, 1996 à 2001.

⁽⁶⁶⁾ Voir le graphique 19 EL — Proportion de rapports pour infractions liées à la cocaïne sur le total des infractions liées à la drogue, 1996 à 2001.

⁽⁶⁷⁾ Voir le tableau statistique 30 — Proportion d'usagers de drogues parmi les détenus dans les pays de l'UE et en Norvège.

Graphique 18 — Estimation de la prévalence au cours de la vie des usagers de drogues en prison dans l'UE



NB: Dans la mesure du possible, les données se réfèrent à des détenus adultes, bien que certains chiffres puissent également inclure des jeunes délinquants. Les valeurs indiquées dans le graphique ont été établies à partir des données suivantes. Les comparaisons doivent être établies avec prudence, étant donné que les définitions, les périodes de référence et les méthodologies sont très variables selon les enquêtes et les pays. La plupart des données proviennent d'études locales ad hoc (non comparables). Pour de plus amples informations sur chaque enquête, voir le tableau statistique 30 EL — Proportion d'usagers de drogues parmi les détenus dans les pays de l'UE et en Norvège.

Belgique

- 50 % usage de drogues au cours du dernier mois avant la prison, 1999 (n = 246).
- 9 % injection régulière de drogue avant l'incarcération, 1999 (n = 246); 24 % injection régulière de drogue avant l'incarcération, 1997 (n = 115).

Danemark

- 37 % usage répété de drogues au cours des 6 derniers mois précédant l'incarcération, 2001 (n = 3 445).

Allemagne

- 60 % usagers de drogues, 1996 (n = 16).
- 33 % injection de drogue avant la prison, 1997 (n = 437).

Grèce

- 48 % consommation de drogues au cours de la vie avant l'incarcération, 2000 (n = 136); 66 % consommation d'héroïne au cours de la vie avant l'incarcération, 1995 (n = 544).
- 34 % injection de drogue au cours de la vie, 1996 (n = 861); 31 % usagers de drogues par injection, 1995 (n = 1 183); 69 % injection de drogue avant l'incarcération, 1995 (n = 544).

Espagne

- 43 % consommation de cannabis au cours du mois précédant l'incarcération, 2000 (n = 5 028); 31 % consommation de cocaïne au cours du mois précédant l'incarcération, 1998 (n = 2 223); 70 % consommation de drogues au cours de la vie (chez les femmes) (alcool compris), 1998 (n = 356); 35 % consommation régulière de drogues (chez les femmes) (alcool compris), 1998 (n = 356); 56 % usagers de drogue, 1998 (n = 1 011).
- 18 % injection d'héroïne au cours du mois précédant l'incarcération, 1998 (n = 2 223); 47 % injection de drogue avant l'incarcération, 1997 (n = 101).

France

- 43 % consommation de drogues au cours de l'année précédant l'incarcération, 1998 (n = 1 212); 32 % consommation régulière de drogues au cours de l'année précédant l'incarcération, 1997 (n = 8 728); 35 % consommation de cannabis au cours de l'année précédant l'incarcération, 1997 (n = 960).
- 12 % injection de drogue au cours de la vie avant l'incarcération, 1998 (n = 1 212); 9 % injection de drogue au cours de l'année précédant l'incarcération, 1998 (n = 1 212); 6 % injection de drogue au cours de l'année précédant l'incarcération, 1997 (n = 8 728); 14 % injection de drogue avant l'incarcération, 1997 (n = 960); 23 % injection de drogue au cours de la vie avant l'incarcération, 1996 (n = 574).

Irlande

- 35 % usage d'héroïne au cours de la vie, 1999 (n = 607); 52 % usage d'héroïne au cours de la vie, 1998 (n = 1 205); 70 % usage d'héroïne au cours de la vie, 1997 (n = n.c.); 86 % consommation de drogues au cours de la vie (chez les hommes), 1996 (n = 108).
- 29 % injection de drogues au cours de la vie, 1999 (n = 607); 43 % injection de drogue au cours de la vie, 1998 (n = 1 205); 56 % injection de drogue au cours de la vie (chez les hommes), 1996 (n = 108).

Italie

- 1 % toxicomanie au cours de la vie avant la prison, 2001 (n = 55 275).

Luxembourg

- 41 % usagers de drogue par injection réguliers, 1998 (n = 362); 32 % injection régulière de drogue avant la prison, 1998 (n = 362).

Pays-Bas

- 29 % ayant des problèmes de toxicomanie, 1997 (n = 528); 44 % toxicomanes, 1997 (n = 319).

Autriche

- 72 % consommation de drogues au cours de la vie (dans une prison spécialisée dans les délits liés aux drogues, 1994) (n = 307).
- Injection de drogue avant l'incarcération: 26 % (hommes) et 32 % (femmes), 1999 (n = 143 et 69 respectivement); 15 % usagers de drogues par voie intraveineuse, 1996 (estimé par des experts).

Portugal

- 62 % consommation de drogues au cours de la vie, 2001 (n = 2 057).
- 27 % consommation de drogues au cours de la vie par voie d'injection avant l'incarcération, 2001 (n = 2 057); 52 % injection de drogue avant l'incarcération, 1997 (n = 535).

Finlande

- 58 % consommation de drogues au cours de la vie, 2001 (n = 825); 31 % consommation de drogues au cours de la vie, 1995 (n = n.d.).

Suède

- 51 % injection au cours de la dernière année ou consommation quotidienne avant la prison, 2000 (n = 3 352).
- 51 % injection au cours de la dernière année ou consommation quotidienne avant la prison, 2000 (n = 3 352).

Angleterre et pays de Galles

- 84 % consommation de drogues au cours de la vie avant l'incarcération (chez les femmes), 2001 (n = 301); 69-85 % consommation de drogues au cours de la vie avant l'incarcération, 1997 (n = 3 140).
- 38 % injection de drogue au cours de la vie avant l'incarcération (chez les femmes), 2001 (n = 301); injection de drogue au cours de la vie: 24 % (hommes) et 29 % (femmes), 1997-1998 (n = 2 769 et 407 respectivement); 23-40 % injection de drogue au cours de la vie, 1997 (n = 3 139).

Écosse

- Injection de drogue au cours de la vie: 32 % (hommes) et 46 % (femmes), 1991-1996 (n = 2 286 et 132 respectivement).

Sources: Points focaux nationaux Reitox. Voir également le tableau statistique 30 EL — Proportion d'usagers de drogues parmi les détenus dans les pays de l'UE et en Norvège.

personnes ayant consommé de l'héroïne (50 % des détenus voire plus dans certains cas).

D'après plusieurs études, les détenus déclarant une consommation plus régulière et/ou risquée telle que la consommation par voie d'injection, la consommation régulière ou la dépendance représentent 6 à 69 % de la population carcérale. En particulier,

plusieurs études dans l'UE montrent qu'environ un tiers des détenus adultes de sexe masculin sont des usagers de drogues par voie d'injection (Bird et Rotily, 2002).

La plupart des usagers de drogues cessent ou réduisent leur consommation une fois incarcérés. Toutefois, certains continuent à se droguer, et d'autres commencent seulement lors de leur

incarcération. Entre 12 et 60 % des détenus déclarent consommer de la drogue en prison, et 10 à 42 % font état d'une consommation régulière. Entre 3 et 34 % de la population carcérale a déjà consommé des drogues par injection en prison ⁽⁶⁸⁾.

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

Tableau statistique 27 — Type d'infraction le plus fréquemment concerné dans les «rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège

Tableau statistique 28 — Drogue la plus impliquée dans les «rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège

Tableau statistique 29 — Nombre de «rapports» d'infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985-2001

Tableau statistique 30 — Proportion d'usagers de drogues parmi les détenus dans les pays de l'UE et en Norvège

Marchés de la drogue et disponibilité

Si les saisies de drogue dans un pays sont habituellement considérées comme un indicateur indirect de l'offre et de la disponibilité des drogues, elles indiquent aussi les moyens, les priorités et les stratégies de répression des infractions, ainsi que la vulnérabilité des trafiquants face à la répression. Les tendances relatives aux quantités saisies ⁽⁶⁹⁾ peuvent subir des variations plus conséquentes d'une année à l'autre, par exemple en raison de quelques saisies exceptionnellement importantes dans une année déterminée. C'est pourquoi le nombre de saisies ⁽⁷⁰⁾ qui inclut, dans tous les pays, une grande proportion de petites saisies de détail ⁽⁷¹⁾ est considéré par plusieurs pays comme un indicateur plus pertinent des tendances ⁽⁷²⁾. L'origine et la destination de la drogue saisie, lorsqu'elles sont connues, peuvent donner des renseignements sur les itinéraires de trafic et les zones de production. La plupart des États membres fournissent des informations sur le prix et le degré de pureté des drogues vendues au détail. Néanmoins, les données proviennent de diverses sources qui ne sont pas toujours comparables ou fiables, ce qui rend difficiles les comparaisons précises entre les pays.

Étant donné le manque de données sur les saisies de 2001 ⁽⁷³⁾ en Belgique, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni au moment de la rédaction de ce rapport, les analyses de la situation en 2001 et des tendances jusqu'à l'année 2001 sont incomplètes. Les données sur les saisies de drogue en UE et en Norvège en

Disponibilité de la drogue chez les 15-24 ans

L'enquête Eurobaromètre (EORG, 2002) menée en 2002 sur les attitudes vis-à-vis des drogues et les opinions des jeunes dans les États membres de l'UE fournit des informations sur l'exposition au cannabis ainsi que la disponibilité perçue des drogues illicites. Dans l'ensemble de l'UE, 65 % des personnes interrogées affirment connaître des personnes qui consomment du cannabis, et 46 % se sont déjà vu proposer du cannabis. Selon le pays, entre 34 et 69 % (55 %) ⁽¹⁾ considèrent qu'il est facile de se procurer de la drogue près de leur établissement scolaire ou universitaire, entre 39 et 71 % (62 %) près de leur domicile, entre 46 et 90 % (72 %) dans les cafés et les discothèques et entre 49 et 90 % (76 %) dans des fêtes.

⁽¹⁾ Les chiffres entre parenthèses indiquent la moyenne de l'UE.

2001 sont fournies dans le tableau 1. Dans le texte ci-dessous, les tendances entre 2000 et 2001 ont été déduites de l'évolution des totaux de l'UE calculés à partir des chiffres des seuls pays pour lesquels les données étaient disponibles pour les deux années.

Selon Europol, les statistiques mondiales montrent une concentration des saisies de drogue: environ 75 % des saisies de tous types de drogues illicites du monde entier ont lieu dans quelques pays seulement. Ceux-ci comprennent l'Espagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni pour le trafic de résine de cannabis, l'Espagne, le Maroc et le Pakistan pour le trafic de la cocaïne, la Colombie, les États-Unis, le Mexique, le Panama, les Pays-Bas et le Royaume-Uni pour le trafic de drogues synthétiques, de même que la Chine, les États-Unis et la Thaïlande ⁽⁷⁴⁾.

Cannabis

Le cannabis est la drogue la plus saisie dans chaque État membre excepté au Portugal, où les saisies d'héroïne prédominent. Depuis 1996, l'Espagne est le pays ayant saisi les plus grandes quantités de cannabis, plus de la moitié du nombre total de saisies dans l'UE. Jusqu'en 2000, le Royaume-Uni enregistrait un nombre de saisies de cannabis plus important que l'Espagne, mais impliquant en moyenne des quantités inférieures ⁽⁷⁵⁾.

En 2001, le Maroc demeure le principal pays producteur de la résine de cannabis saisie dans l'UE. Le cannabis peut être importé en contrebande directement du Maroc, mais il transite dans de nombreux cas par la péninsule Ibérique. La résine de cannabis est également importée en contrebande des pays nordiques et baltes vers la Finlande et de l'Albanie vers l'Italie et

⁽⁶⁸⁾ Voir le graphique 20 EL — Estimation du niveau de consommation de drogues en prison dans les pays de l'UE et en Norvège.

⁽⁶⁹⁾ Voir le graphique 21 EL — Quantités de drogue saisies dans les pays de l'UE et en Norvège (indice, 1996 = 100), 1996 à 2000; et le graphique 22 EL — Quantités de cannabis, de cocaïne, d'héroïne et d'amphétamines saisies dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985 à 2000.

⁽⁷⁰⁾ Voir le graphique 23 EL — Nombre de saisies de drogue dans les pays de l'UE et en Norvège (indice, 1996 = 100), 1996 à 2000; et le graphique 24 EL — Nombre de saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD dans les pays de l'UE et en Norvège, 1985 à 2000.

⁽⁷¹⁾ Voir le graphique 25 EL — Quantités et nombre de saisies de drogue dans les pays de l'UE (indice 1996 = 100), 1996 à 2000.

⁽⁷²⁾ Il convient d'analyser les tendances au niveau de l'UE avec prudence, étant donné que les séries débutent à des années différentes selon les pays. Pour plus d'informations, voir les tableaux statistiques 31-43.

⁽⁷³⁾ Pour l'Italie et les Pays-Bas, il manque les données de 2001 relatives au nombre de saisies. Pour la Belgique et le Royaume-Uni, il manque les données de 2001 relatives au nombre de saisies et aux quantités saisies.

⁽⁷⁴⁾ Pour des informations complémentaires provenant d'Europol, voir l'encadré 12 EL — Trafic de drogue dans l'UE.

⁽⁷⁵⁾ Ces données doivent être vérifiées par rapport aux données du Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles.

Tableau 1 — Saisies de drogue dans les pays de l'UE et en Norvège, 2001

Pays	Amphétamines		Cocaïne		Cannabis		Héroïne		LSD		Ecstasy	
	Nombre	Quantité (kg)	Nombre	Quantité (kg)	Nombre	Quantité (kg)	Nombre	Quantité (kg)	Nombre	Quantité (doses)	Nombre	Quantité (comprimés)
Belgique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danemark	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Allemagne ⁽¹⁾	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Grèce ⁽²⁾ ⁽³⁾	n.d.	0,078	n.d.	297	n.d.	11 926	n.d.	330	n.d.	577	n.d.	58 845
Espagne ⁽⁴⁾	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	n.d.	26 535	11 947	860 164
France	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irlande ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italie	n.d.	0,6	n.d.	1 808	n.d.	53 078	n.d.	2 005	n.d.	1 139	n.d.	n.d.
Luxembourg	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Pays-Bas ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾	n.d.	579	n.d.	8 389	n.d.	33 419	n.d.	739	n.d.	28 731	n.d.	3 684 505
Autriche	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugal ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finlande ⁽¹³⁾	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Suède	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Royaume-Uni	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvège	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

(1) Les données sur les amphétamines comprennent également les métamphétamines.
 (2) Une petite quantité de comprimés d'amphétamines ont également été saisis en 2001.
 (3) Un comprimé de LSD a également été saisi en 2001.
 (4) 11 026 comprimés d'amphétamines ont également été saisis en 2001.
 (5) 23 saisies et 0,975 kg de méthylamphétamines ont également été saisis en 2001.
 (6) 10 comprimés de LSD ont également été saisis en 2001.
 (7) 20 592 comprimés d'amphétamines ont également été saisis en 2001.

(8) 884 609 plantes de «nederwiet» ont également été saisies en 2001 (cannabis).
 (9) 113 grammes d'ecstasy ont également été saisis en 2001.
 (10) 25 comprimés d'amphétamines ont également été saisis en 2001.
 (11) Le nombre de saisies d'héroïne comprend également des saisies d'héroïne liquide.
 (12) 100 grammes d'ecstasy ont également été saisis en 2001.
 (13) Le nombre de saisies de cannabis comprend du haschich uniquement.
 NB: n. d.: donnée non communiquée (non disponible).
 Sources: Points focaux nationaux Reitox.

la Grèce. La plus grande partie de l'herbe de cannabis saisie en Belgique, en Allemagne, en France, au Luxembourg et aux Pays-Bas provient des Pays-Bas ⁽⁷⁶⁾. En outre, la France mentionne son propre territoire national, ainsi que la Belgique et l'Italie, comme autres sources d'approvisionnement en herbe de cannabis. Cette dernière voyage également de l'Albanie vers la Grèce et l'Italie et de l'Angola vers le Portugal. La production locale de cannabis est signalée dans la plupart des États membres.

En 2001, le prix au détail signalé pour le cannabis variait en moyenne entre 2,3 (Royaume-Uni) et 26,6 euros (Norvège) par gramme de résine et entre 1,9 (Espagne) et 8 euros (Belgique, Suède) en moyenne par gramme de feuilles de cannabis. La teneur en tétrahydrocannabinol (THC), l'ingrédient actif, dans la résine de cannabis, se situe généralement entre 5 et 14 %, bien que certains échantillons avec une teneur de 0,15 à 39 % de THC

aient été signalés dans l'UE en 2001. La teneur moyenne en THC des feuilles de cannabis est similaire, entre 5 et 11 %, bien qu'en Norvège elle soit généralement plus faible (1-3 %), et il a été noté qu'en Allemagne elle atteignait 34 % dans certains échantillons.

Tendances

Le nombre de saisies de cannabis ⁽⁷⁷⁾ a augmenté régulièrement dans l'UE depuis 1985 mais semble s'être stabilisé depuis 1999. En 2001, les saisies de cannabis ont augmenté en Autriche, au Danemark, en Espagne, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg, en Norvège et en Suède. Les quantités saisies ⁽⁷⁸⁾ ont également augmenté à partir de 1985, mais se sont stabilisées depuis 1995.

Le prix au détail du cannabis est généralement resté stable dans l'UE, à l'exception du Royaume-Uni qui signale une tendance à la baisse sur les quatre dernières années. En 2001, les prix ont

⁽⁷⁶⁾ Tel que cela figure dans les rapports nationaux émanant de ces pays.

⁽⁷⁷⁾ Voir le graphique 26 EL — Nombre de saisies de cannabis, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁷⁸⁾ Voir le graphique 27 EL — Quantités de cannabis saisies, 1996 à 2001 (indexé).

augmenté en Belgique, en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas (feuilles) et en Norvège (résine). En 2001, le Portugal et le Royaume-Uni ont signalé une augmentation de la pureté de la résine et des feuilles de cannabis vendues dans la rue. La pureté de la résine de cannabis a également augmenté en Belgique et en Italie.

Héroïne

En 2000, près de neuf tonnes d'héroïne ont été saisies dans l'UE, dont plus d'un tiers au Royaume-Uni. L'héroïne saisie dans l'UE provient principalement de l'Afghanistan (et du Pakistan), suivis par les pays de l'Asie du Sud-Est, via l'Iran, la Turquie et l'itinéraire des Balkans. Toutefois, on relève un trafic croissant via les pays d'Europe de l'Est (Belarus, Bosnie, Estonie, Russie) et les pays d'Asie centrale de l'ex-Union soviétique.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue oscillait en moyenne entre 31 et 194 euros par gramme en 2001 dans l'ensemble de l'UE. Les prix les plus élevés sont relevés dans les pays nordiques et en Irlande. Le degré de pureté moyen de l'héroïne (blanche ou brune) varie entre 14 et 48 %, mais en 2001 la Norvège affichait une pureté moyenne plus élevée concernant l'héroïne blanche.

Tendances

Au niveau européen, les saisies d'héroïne ⁽⁷⁹⁾ ont augmenté jusqu'en 1991-1992 avant de se stabiliser. En 2001, elles ont diminué au Danemark, en Allemagne, en France, au Luxembourg et au Portugal. Les quantités saisies ⁽⁸⁰⁾ au niveau européen ont augmenté depuis 1985 et se sont stabilisées entre 1991 et 1998 mais ont enregistré une nouvelle hausse depuis lors. En 2001, la majorité des pays affichaient une augmentation de la quantité d'héroïne saisie. D'après Europol, la baisse spectaculaire de la production d'opium afghan en 2001 ne s'est pas traduite dans la même mesure en termes de disponibilité de l'héroïne sur le marché des stupéfiants de l'UE, probablement en raison des stocks importants d'opium et d'héroïne qui se sont constitués après les récoltes sans précédent de 1999 et de 2000.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue est resté généralement stable ou a diminué, même si une augmentation a été enregistrée en 2001 en Belgique (héroïne brune) et au Danemark. D'après les rapports, le degré de pureté de l'héroïne brune a augmenté en Belgique, au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni.

Cocaïne

L'Espagne reste le pays de l'UE affichant les saisies de cocaïne les plus importantes, soit plus de la moitié ⁽⁸¹⁾ du total de l'UE à la fois en termes de nombre de saisies et de quantités saisies. La cocaïne saisie en Europe provient d'Amérique latine (principalement des pays andins tels que le Pérou et la Colombie,

mais également de l'Équateur), directement ou via l'Amérique centrale, l'Espagne et/ou les Pays-Bas. Bien que plusieurs pays aient signalé que l'Espagne est une zone de transit de la cocaïne importée en UE, les autorités espagnoles rapportent qu'il n'existe aucune preuve de la présence d'importantes cargaisons de cocaïne en Espagne correspondant à un trafic international. Selon Europol, quelque 200 tonnes de cocaïne pénètrent chaque année dans l'UE par voie maritime et par passeurs aériens, ce qui est facilité par la présence de grands ports et aéroports ⁽⁸²⁾.

Le prix de vente au détail de la cocaïne variait en moyenne entre 47 et 187 euros par gramme en 2001. Les prix les plus bas ont été relevés en Espagne et les plus élevés en Finlande et en Norvège. Le degré de pureté de la cocaïne est généralement élevé, entre 45 et 80 % dans la plupart des pays, sauf en Irlande, où la moyenne était inférieure (23 %) en 2001.

Tendances

Le nombre total de saisies de cocaïne ⁽⁸³⁾ dans l'UE a augmenté régulièrement depuis le milieu des années 80 — à part une diminution en 2000 — et semble avoir poursuivi sa progression en 2001 ⁽⁸⁴⁾. Les quantités de cocaïne saisies ⁽⁸⁵⁾ ont également fluctué dans le cadre d'une tendance générale à la hausse entre 1985 et 2001. En 2001, une nette augmentation a été enregistrée — principalement en raison d'une forte augmentation de la quantité totale de cocaïne saisie par l'Espagne.

Le prix de vente de la cocaïne dans la rue s'est stabilisé ou a diminué dans tous les pays ces dernières années, mais il a augmenté en 2001 en Norvège. Le degré de pureté de la cocaïne reste généralement stable ou diminue dans tous les États membres, même si des augmentations ont été signalées en 2001 par le Danemark, l'Allemagne, le Portugal et le Royaume-Uni.

Drogues synthétiques: amphétamines, ecstasy et LSD

En Finlande, en Norvège et en Suède, les amphétamines sont la deuxième drogue la plus fréquemment saisie (après le cannabis). L'ecstasy se situe au deuxième rang des drogues les plus saisies en Irlande. Au cours des cinq dernières années, le Royaume-Uni a saisi les plus grandes quantités d'amphétamines et d'ecstasy ⁽⁸⁶⁾.

D'après Europol ⁽⁸⁷⁾, le nombre de sites de production de drogues synthétiques découverts chaque année dans l'UE est constant, entre 50 et 70. Toutefois, bien que le nombre d'unités de production soit relativement stable, les avancées méthodologiques, la plus grande complexité du matériel de fabrication et la participation accrue de spécialistes ont pour conséquences une efficacité et une capacité de production toujours plus importantes. Actuellement, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique sont les principaux sites de

⁽⁷⁹⁾ Graphique 28 EL — Nombre de saisies d'héroïne, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁸⁰⁾ Graphique 29 EL — Quantités d'héroïne saisies, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁸¹⁾ Bien que cela reste à vérifier par rapport aux données manquantes de 2001 lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁸²⁾ Pour des informations complémentaires provenant d'Europol, voir l'encadré 13 EL — Trafic de cocaïne.

⁽⁸³⁾ Voir le graphique 30 EL — Nombre de saisies de cocaïne, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁸⁴⁾ Ces données doivent être vérifiées par rapport aux données manquantes de 2001 lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁸⁵⁾ Voir le graphique 31 EL — Quantités de cocaïne saisies, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁸⁶⁾ Cette situation doit être vérifiée par rapport aux données de 2001 du Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁸⁷⁾ Pour des informations complémentaires provenant d'Europol, voir l'encadré 14 EL — Trafic de drogues synthétiques.

production d'ecstasy, d'amphétamines et de drogues connexes, mais cette production a également été signalée dans d'autres États membres (Espagne, France et Royaume-Uni) et dans les pays d'Europe centrale et orientale (Estonie, Lituanie, Pologne, République tchèque) ainsi qu'en Thaïlande. Selon Europol, si l'Union européenne reste la principale source d'ecstasy, la production s'étend au monde entier: des unités de production ont été découvertes en Asie du Sud-Est, en Chine, en Amérique du Nord, en Afrique du Sud et en Amérique du Sud.

Les amphétamines seraient vendues en moyenne entre 12 et 40 euros par gramme, tandis que l'ecstasy coûterait en moyenne entre 6 et 20 euros le comprimé. Selon les données de l'année 2001, c'est en Belgique et au Royaume-Uni que les drogues synthétiques sont les moins chères. Le degré de pureté des amphétamines est très variable, de 2 % en Irlande à 52 % en Norvège. La plupart des comprimés vendus sous le nom d'ecstasy contiennent effectivement de l'ecstasy ou des substances comparables à l'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA), dans une proportion de 58 % des comprimés analysés en Finlande, 99 % en Allemagne, en Espagne, en Norvège et au Royaume-Uni et 100 % au Portugal. Entre 2 et 20 % des comprimés contiennent des amphétamines (ou métamphétamines), mais ils peuvent également renfermer d'autres substances psychoactives diverses (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA et PMMA).

Tendances

Les saisies d'amphétamines ont augmenté — tant en nombre ⁽⁸⁸⁾ qu'en quantité ⁽⁸⁹⁾ — entre 1985 et 1998 ou 1999 dans l'ensemble de l'UE. En 1999 et en 2000, le nombre de saisies d'amphétamines a diminué, principalement en raison d'une baisse au Royaume-Uni, mais il a apparemment de nouveau augmenté en 2001 au niveau de l'UE ⁽⁹⁰⁾. Les quantités saisies ont diminué entre 1998 et 2000, avant d'augmenter de nouveau en 2001 dans la plupart des pays ⁽⁹¹⁾.

Le nombre de saisies d'ecstasy ⁽⁹²⁾ a augmenté dans la plupart des pays de l'UE depuis 1985 — sauf en 1997 et 1998 — avec une nette augmentation en 2001, en particulier en Espagne où 11 947 saisies d'ecstasy ont été signalées en 2001 (contre 3 750 en 2000). Les quantités d'ecstasy saisies ⁽⁹³⁾ ont suivi la même tendance à la hausse de 1985 à 1993 avant de se stabiliser. Toutefois, elles ont atteint un maximum en 1996, et les quantités saisies sont de nouveau en augmentation depuis 1999. Au niveau de l'UE, le nombre de comprimés d'ecstasy saisis semble s'être stabilisé en 2001, mais cette tendance devra être confirmée par les données du Royaume-Uni, étant donné que ce pays se situe au premier rang en termes de saisies d'ecstasy dans l'UE. Les saisies de LSD sont moins fréquentes. Au niveau de l'UE, elles ont augmenté tant en nombre ⁽⁹⁴⁾ qu'en quantités ⁽⁹⁵⁾.

jusqu'en 1993, puis ont diminué depuis lors ⁽⁹⁶⁾, à l'exception d'une légère hausse en 2000.

Après des baisses significatives dans les années 90, le prix des amphétamines et de l'ecstasy s'est stabilisé dans l'UE. Cependant, en 2001, la Norvège a fait état d'une diminution significative du prix des amphétamines vendues dans la rue. Le prix moyen des comprimés d'ecstasy a diminué dans la plupart des pays en 2001. Au cours de cette même année, la proportion de comprimés contenant de l'ecstasy ou des substances comparables à l'ecstasy a augmenté en Belgique, au Danemark, au Portugal et en Espagne, alors que ceux contenant des amphétamines (et métamphétamines) ont diminué. La Finlande a signalé une évolution inverse, ainsi qu'une forte proportion de comprimés contenant de la buprénorphine (23 %).

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

Tableau statistique 31 — Nombre de saisies et quantités saisies (toutes drogues), 2001

Tableau statistique 32 — Nombre de saisies d'amphétamines, 1985-2001

Tableau statistique 33 — Nombre de saisies de cannabis, 1985-2001

Tableau statistique 34 — Nombre de saisies de cocaïne, 1985-2001

Tableau statistique 35 — Nombre de saisies d'ecstasy, 1985-2001

Tableau statistique 36 — Nombre de saisies d'héroïne, 1985-2001

Tableau statistique 37 — Nombre de saisies de LSD, 1985-2001

Tableau statistique 38 — Quantités d'amphétamines saisies, 1985-2001 (kg)

Tableau statistique 39 — Quantités de cannabis saisies, 1985-2001 (kg)

Tableau statistique 40 — Quantités de cocaïne saisies, 1985-2001 (kg)

Tableau statistique 41 — Quantités d'ecstasy saisies, 1985-2001 (comprimés)

Tableau statistique 42 — Quantités d'héroïne saisies, 1985-2001 (kg)

Tableau statistique 43 — Quantités de LSD saisies, 1985-2001 (doses)

⁽⁸⁸⁾ Voir le graphique 32 EL — Nombre de saisies d'amphétamines, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁸⁹⁾ Voir le graphique 33 EL — Quantités d'amphétamines saisies, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁹⁰⁾ Cette tendance doit être vérifiée par rapport aux données manquantes de 2001 (en particulier du Royaume-Uni) lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁹¹⁾ Cette tendance doit être vérifiée par rapport aux données manquantes de 2001 (en particulier du Royaume-Uni) lorsqu'elles seront disponibles.

⁽⁹²⁾ Voir le graphique 34 EL — Nombre de saisies d'ecstasy, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁹³⁾ Voir le graphique 35 EL — Quantités d'ecstasy saisies, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁹⁴⁾ Voir le graphique 36 EL — Nombre de saisies de LSD, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁹⁵⁾ Voir le graphique 37 EL — Quantités de LSD saisies, 1996 à 2001 (indexé).

⁽⁹⁶⁾ Cette tendance doit être vérifiée par rapport aux données manquantes de 2001 lorsqu'elles seront disponibles.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 2

Réponses à la consommation de drogues

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

Évolutions nationales en matière de drogue

Réorganisation en systèmes de coordination antidrogue

La tendance de ces dernières années à organiser la politique nationale en matière de drogue par des plans d'action et des systèmes coordonnés nationaux s'est poursuivie en 2002⁽⁹⁷⁾. L'Allemagne, l'Italie, certaines provinces autrichiennes, la Norvège et la Suède ont rejoint les autres partenaires de l'UE pour adopter un plan, un programme ou une stratégie cohérente de lutte contre la drogue. Cependant, il est intéressant de noter combien ce domaine est soumis à de fréquentes évolutions. Souvent, les changements de gouvernement ont pour conséquence un changement de stratégie en matière de drogue ou de l'organisation des organismes de lutte contre la drogue.

Au Portugal, le nouveau gouvernement entré en fonction en 2002 a fusionné l'Institut portugais des drogues et toxicomanies (IPDT) et le Service pour la prévention et le traitement de la toxicomanie (SPTT) pour former l'IDT (Instituto da Droga e da Toxicoddependência), et a transféré la responsabilité du nouvel organisme de la présidence du Conseil au ministère de la santé. Au Royaume-Uni, à la suite de sa réélection en 2001, le gouvernement a présenté en décembre 2002 une stratégie antidrogue mise à jour pour l'Angleterre, et a également procédé à la restructuration partielle au sein de son partenariat pour la réduction de la criminalité locale. Les équipes de lutte contre la toxicomanie (*drug action teams*) ont été restructurées en 2000 afin de se conformer aux limites fixées par les autorités locales. En Norvège, l'administration centrale sanitaire et sociale a été réorganisée pour mettre l'accent sur la connaissance et l'expérience en tant que fondement de la planification et de l'élaboration stratégiques de la politique antidrogue, tandis qu'en Irlande le nouveau gouvernement (2002) a attribué la responsabilité liée à la stratégie nationale antidrogue 2001-2008 au département des affaires communautaires, rurales et Gaeltacht qui vient d'être créé. Un nouveau ministre d'État a été nommé, qui est chargé de la stratégie antidrogue et de la politique des quartiers, ainsi que du logement et de la réhabilitation urbaine, deux aspects qui sont considérés comme indissociables en Irlande. De plus, le gouvernement a mis en exergue des initiatives destinées à s'attaquer à la toxicomanie et à la criminalité ainsi

qu'à régénérer les communautés désavantagées dans le but de «construire une société bienveillante». En Autriche, l'Agence fédérale judiciaire a été créée au sein du ministère de l'intérieur pour assurer une plus grande coordination dans la lutte contre la criminalité. En outre, et pour la première fois en Autriche, des ressources humaines ont été affectées à la coordination fédérale antidrogue qui est chargée de la coordination de la politique antidrogue au niveau fédéral.

L'OEDT procède constamment au suivi de ces tendances, de ces caractéristiques et de ces évolutions, et, en décembre 2002, l'organisme a publié en ligne une étude comparative sur les stratégies et la coordination antidrogue⁽⁹⁸⁾.

Perception publique des drogues et politique antidrogue

Le grand public est de plus en plus sensibilisé à la toxicomanie et à ses conséquences et commence à s'intéresser à la politique nationale antidrogue. Cependant, les résultats de plusieurs études et sondages d'opinion montrent que les attitudes vis-à-vis de la drogue ne sont pas uniformes dans l'UE.

Selon une étude menée dans le Vorarlberg, en Autriche, 63 % des étudiants et 40 à 45 % des adultes sont opposés aux sanctions pour la consommation de cannabis par des personnes de plus de 18 ans. À Vienne, 78 % des personnes interrogées se sont exprimées en faveur d'une interdiction du cannabis mais également d'une dépénalisation pour les toxicomanes, formant une grande partie des 86 % qui considèrent que les toxicomanes devraient recevoir une thérapie au lieu d'une sanction. Selon une autre étude menée en Espagne en 2002 par le Centro de investigaciones sociológicas, les drogues et l'alcool sont perçus comme un problème social important, placé après le chômage et le terrorisme, mais devant la délinquance et l'insécurité civile. En France, le pourcentage des personnes en faveur de la mise en vente libre du cannabis est passé de 17 % en 1999 à 24 % en 2002, et près des trois quarts des Français (Beck et al., 2002) pensent qu'il n'est pas possible de parvenir à un monde sans drogues. Néanmoins, la moitié des personnes interrogées ont estimé que l'expérimentation du cannabis était dangereuse, deux tiers des personnes interrogées croyaient à «l'effet d'entraînement»⁽⁹⁹⁾ vers les drogues dures et 65 % des personnes étaient opposées à la dépénalisation du cannabis, même à

⁽⁹⁷⁾ Ce rapport met l'accent sur les nouvelles évolutions. Les stratégies et la coordination nationales dans le domaine des drogues sont présentées de façon complète à l'adresse suivante: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁸⁾ Disponible à l'adresse http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁹⁾ «L'effet ou la théorie d'entraînement» implique l'existence d'une phase séquentielle de progression dans l'usage des drogues. Pour plus d'informations, voir ODCCP (Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000).

certaines conditions (tandis que 88 % étaient opposées à la dépénalisation de la consommation d'héroïne). En Irlande, une enquête sur les attitudes vis-à-vis de la consommation de cannabis, menée par Lansdowne Market Research et basée sur des entretiens en tête-à-tête sur un échantillon national représentatif de 1 159 adultes âgés de 15 ans et plus, a indiqué que les opinions étaient extrêmement variables. Si près des deux tiers de ceux qui étaient en âge de voter (18 ans et plus) pensaient que l'usage du cannabis devrait être autorisé pour raisons médicales (à condition que le bénéfice médical ait été prouvé), seule une minorité (1 sur 7) était en faveur de la légalisation à part entière. Le faible niveau de soutien en faveur de la légalisation reflète probablement le fait que le cannabis est considéré comme une drogue pouvant conduire aux drogues dures. Au Royaume-Uni, le reclassement du cannabis d'une drogue de classe B en classe C a provoqué un large débat entre les personnes en faveur de ce reclassement et celles qui s'y opposaient.

Évolutions juridiques

Les évolutions juridiques au cours de la période concernée sont survenues dans les domaines de l'amélioration des conditions de traitement et de réadaptation pour les toxicomanes, du contrôle des trafiquants et des consommateurs par l'État et du renforcement des mesures contre les infractions à l'ordre public et les nuisances causées par la toxicomanie de rue.

Traitement et réadaptation

L'année dernière, plusieurs pays de l'UE ont introduit des changements législatifs destinés à faciliter le traitement et la réadaptation des toxicomanes. Au Luxembourg, un décret national a mis en place le cadre juridique du traitement de substitution de drogue au niveau national, comprenant un système de licence pour les médecins, des critères d'admission pour les patients et un comité de surveillance du programme. En Grèce, un programme pilote autorisant la buprénorphine de substitution a été mis en œuvre dans le centre hospitalier public de Rhodes. En Finlande, les personnes dépendantes des opiacés sont habilitées à recevoir un traitement de désintoxication et de substitution, complété par un traitement de maintenance, et cette mesure a abouti à une augmentation du nombre de services chargés d'évaluer les besoins de traitement pharmaceutique pour les toxicomanes et proposant ce traitement. En Allemagne, depuis l'entrée en vigueur du 9^e livre du code de sécurité sociale en juillet de l'année dernière, les toxicomanes bénéficient d'une amélioration de leurs droits et d'une législation qui définit plus clairement comment et quand les régimes d'assurance maladie doivent prendre en charge la désintoxication et les régimes d'assurance invalidité-vieillesse doivent couvrir la réadaptation.

En avril 2002, le parlement danois a décidé d'abolir les dispositions légales qui, bien qu'elles n'aient jamais été mises en œuvre, avaient permis aux autorités des comtés de maintenir les toxicomanes sous traitement. Par ailleurs, en juin de l'année dernière, un décret ministériel promulgué en Italie dans le cadre du plan national antidrogue, et ayant pour finalité d'améliorer les

traitements axés sur l'abstinence, a conféré aux services de traitement privés le pouvoir de certifier la dépendance aux drogues. En conséquence, les centres de traitement de la toxicomanie étaient en mesure d'admettre des résidents provenant directement de n'importe quelle région du pays, et, avec l'autorité d'un certificat de dépendance, de demander au SerT (service de lutte contre la toxicomanie) local de l'utilisateur de drogues de prendre financièrement en charge le traitement fourni. Toutefois, à la suite d'un amendement de la Constitution italienne transférant la compétence en matière de soins sanitaires et sociaux de l'administration centrale vers les administrations régionales, la Cour constitutionnelle a statué que le décret était non constitutionnel car il concernait une question qui relevait de la responsabilité des régions. En Norvège, l'État détenait la propriété et la responsabilité fonctionnelle des hôpitaux en 2002, et la responsabilité des services de santé à bas seuil et de la réadaptation médicalement assistée des toxicomanes relève du ministère de la santé. La responsabilité des comtés à l'égard des services de santé spécialisés pour les toxicomanes sera probablement transférée à l'État en 2004 et le ministère des affaires sociales a proposé que la responsabilité du comté en matière de soins sociaux et sanitaires pour les toxicomanes soit transférée vers les municipalités à partir de 2004. L'objectif est de mettre à la disposition des toxicomanes un système plus complet et cohérent de mesures de soins et de traitement.

En Autriche, les mesures sanitaires requises par l'article 11 de la loi sur les stupéfiants soulèvent une difficulté. Officiellement, l'action devrait porter sur l'élimination du trafic de drogue (organisé); or, une grande part des infractions concernent la consommation du cannabis, pour laquelle les services de santé de la circonscription prescrivent habituellement des mesures sanitaires en vertu de l'article 11. Il en résulte que les centres de traitement de la toxicomanie ne disposent pas de ressources suffisantes pour répondre à la demande et ne sont pas en mesure de remplir leur fonction.

Surveillance des trafiquants

Dans un contexte de sécurité renforcée, un certain nombre de pays signalent avoir procédé à des changements législatifs visant à améliorer la surveillance des trafiquants et des usagers. Au Danemark, une loi entrée en vigueur en juin 2002 exige des fournisseurs de services de télécommunications qu'ils enregistrent et conservent pendant un an toutes les données de communications téléphoniques ou électroniques qui pourraient présenter un intérêt pour les enquêtes de police. À condition de disposer d'un mandat du tribunal, la police peut désormais, à l'aide de programmes informatiques ou d'autres matériels, lire des données non publiques détenues sur des ordinateurs. De même, au Portugal, une loi introduite en janvier 2002 a institué des mesures spéciales (en matière de collecte de preuves, de confidentialité des informations et de confiscation des biens) pour aider à la lutte contre la criminalité financière organisée et d'autres délits graves, notamment le trafic de drogue. En Finlande, un amendement à la loi sur la police a étendu les droits des services policiers à l'acquisition de renseignements sur les

télécommunications (par exemple dans les cas suspectés de délit lié à la drogue) et à la mise en place d'une surveillance technique. En 2002, le gouvernement a proposé la loi sur les moyens coercitifs. Celle-ci devrait permettre d'étendre les moyens de télésurveillance et de contrôle des communications, bien que les détails restent à spécifier.

En janvier 2002, le code de procédure pénale des Pays-Bas a été modifié pour permettre, outre la fouille corporelle intime, l'utilisation de radiographies et d'échographies sur toute personne soupçonnée d'avoir avalé des petits paquets de drogue, à condition que ces procédures soient effectuées par un médecin. Les techniques de détection des usagers se sont également multipliées, et l'été dernier, le programme pilote de dépistage des drogues du Royaume-Uni en Angleterre et au pays de Galles a été étendu. Ce programme permet d'effectuer des prises de sang sur les adultes en détention de police accusés d'une «infraction de déclenchement» (principalement des vols liés à la toxicomanie et des infractions liées à la drogue) afin de dépister la présence éventuelle d'héroïne et de cocaïne. Ceux qui présentent des tests positifs ont la possibilité de s'entretenir avec un agent pénal d'orientation chargé d'évaluer l'opportunité d'un traitement, et les résultats des tests sont mis à la disposition des tribunaux pour aider à la prise de décision concernant la mise en liberté sous caution et la condamnation. Des résultats pilotes précoces ont été publiés en mars 2003. Les tests antidrogue sous inculpation sont, depuis 2003, du ressort de 30 unités de commande de base de la police (il s'agit de divisions de police auxquelles sont attribuées des zones précises) au Royaume-Uni.

Mesures pour réduire les infractions à l'ordre public et les nuisances

Au cours de l'année dernière, certains États membres ont pris des dispositions législatives visant à réduire les conséquences sociales de l'usage de drogues en assurant un contrôle plus strict de l'ordre public et des nuisances publiques.

En Irlande, le projet de loi de justice pénale (sur l'ordre public) de 2002 a été introduit afin de renforcer la loi de 1994 sur l'ordre public. Les personnes déclarées coupables, sous le coup de la loi de 1994, d'une infraction à l'ordre public, y compris l'intoxication (par usage de drogues) en public, et qui prennent des risques pour eux-mêmes ou mettent en péril d'autres personnes peuvent se voir remettre un arrêté d'exclusion leur interdisant de pénétrer ou de se trouver dans certains locaux, notamment des débits de boissons, des lieux de danse ou des établissements servant des repas.

Au Royaume-Uni, l'article 8 de la loi sur l'abus de drogues, qui s'applique aux occupants individuels et aux gérants de certains types de locaux, a été amendé pour couvrir la consommation illicite de toute drogue sous contrôle (elle s'appliquait auparavant uniquement à la consommation de cannabis ou d'opium en fumant) afin de lutter contre les maisons du crack. Cependant, ces pouvoirs ont une portée étendue et le gouvernement a par conséquent décidé que les propositions relevant de l'article 8 n'étaient pas suffisamment efficaces pour régler ce problème.

Aussi cherche-t-il à mettre en place une nouvelle législation sous la forme d'un projet de loi de comportement antisocial dont la cible concerne des locaux plutôt que des individus, et qui permettra à la police, en consultation avec les autorités locales, de fermer les maisons du crack dans un délai de 48 heures. Par voie de conséquence, le Royaume-Uni n'as pas l'intention, pour l'heure, d'appliquer l'amendement à l'article 8, paragraphe d), bien qu'il doive le faire au cas où les sanctions prévues par le projet de loi sur le comportement antisocial s'avèrent moins qu'entièrement efficaces au cours des deux prochaines années.

Aux Pays-Bas, la loi Victoria de 1997 a accordé aux maires le pouvoir de fermer les locaux dans lesquels l'usage ou le trafic de drogue causait une nuisance publique. Toutefois, étant donné les effets négatifs que la fermeture de bâtiments peut avoir sur l'apparence et la structure sociale d'un quartier, la nouvelle loi Victor de mai 2002 a permis aux municipalités de réaffecter les locaux fermés, par exemple en permettant à de nouveaux locataires de s'y installer. Dans la ville de Venlo, un projet pilote quadriennal impliquant la police, les plaignants et le gouvernement vise à réduire la nuisance causée par les nombreux touristes attirés par la drogue qui achètent du cannabis dans les *coffee shops* (bars spécialisés) non autorisés. Par ailleurs, en juillet 2002, le maire de Rotterdam, exerçant ses pouvoirs en vertu de la loi sur la municipalité, a personnellement imposé une exclusion de 6 mois à une cinquantaine de toxicomanes qui troublaient la tranquillité des habitants d'un quartier de la ville. Cependant, le tribunal régional a décidé que bien que le maire soit habilité à lutter contre les nuisances, une exclusion de 6 mois était trop longue et injustifiée; malgré tout, la ville de Rotterdam envisage de poursuivre sa politique d'exclusion.

Au Danemark, une loi interdisant les visites dans certains locaux est entrée en vigueur en juin 2001. L'objectif de cette loi est d'apporter une intervention plus efficace en matière de lieux de consommation de cannabis et d'autres types de délits organisés perpétrés dans des locaux et constituant un sujet d'inquiétude pour le voisinage. Elle permet à la police, avec avertissement préalable, d'émettre une injonction de 3 mois contre le propriétaire de tels locaux, interdisant aux visiteurs l'entrée ou le séjour dans ces locaux. La violation de l'injonction est passible d'une amende, et si elle se réitère, elle peut donner lieu à une condamnation allant jusqu'à 4 mois de prison.

Évolutions au niveau de l'UE

En novembre 2002, la Commission européenne a émis une communication concernant l'évaluation à mi-parcours du plan d'action antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) ⁽¹⁰⁰⁾. L'objectif de cette évaluation à mi-parcours était d'estimer le degré de réalisation des activités prévues dans le plan d'action. Étant donné que celui-ci comprend des mesures à prendre par les États membres, l'évaluation à mi-parcours se fondait sur des outils complémentaires, comprenant les réponses des États membres à un questionnaire ainsi qu'un tableau de suivi des réalisations de la Commission, de l'OEDT et d'Europol. Ceux-ci ont été complétés par les résultats de l'évaluation par des pairs des systèmes d'application de la loi dans les États membres ainsi que par les informations

⁽¹⁰⁰⁾ COM(2002) 599 final.

concernant les initiatives en matière de drogue au niveau de l'UE. La communication résumait les réalisations dans chaque domaine couvert par le plan d'action et mettait en exergue les domaines qui nécessitent des améliorations à chaque niveau.

Tout en reconnaissant les progrès réalisés, la Commission a souligné que beaucoup reste encore à accomplir, notamment l'élaboration de systèmes d'évaluation des activités nationales et de l'UE. Elle a également souligné la nécessité d'une coopération plus étroite avec les pays candidats pour garantir leur future contribution au plan d'action antidrogue de l'Union européenne. Le document présente les fondements méthodologiques pour l'évaluation finale. En particulier, la Commission a proposé de poursuivre le processus d'évaluation avec le soutien d'un groupe de pilotage constitué de représentants de la Commission, du Parlement européen, de la présidence du Conseil, d'Europol et de l'OEDT. Ce groupe contribuera à déterminer le cadre de l'évaluation finale. En vue de cette évaluation, l'OEDT comparera les données sur la drogue disponibles en 2004 avec les données de base de 1999 produites en association avec Europol. L'Observatoire assistera la Commission dans la mise en œuvre d'une deuxième enquête Eurobaromètre sur l'attitude des jeunes. Il convient de noter que d'après une enquête Eurobaromètre spéciale intitulée «Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues», (2002) ⁽¹⁰¹⁾, les deux moyens les plus efficaces de s'attaquer aux problèmes de toxicomanie en Europe sont le durcissement des mesures prises à l'encontre des dealers et des trafiquants (soutenu par 59,1 % de l'échantillon, EU-15) et l'amélioration des services de traitement et de réadaptation des toxicomanes (soutenu par 53,2 %, EU-15) ⁽¹⁰²⁾.

Le Conseil de l'Union européenne a également adopté un plan de mise en œuvre d'actions devant être réalisées en ce qui concerne les drogues synthétiques, lequel définit un certain nombre de questions en matière de fourniture de ces drogues que l'Union européenne devrait aborder au cours des années à venir. Le plan propose des actions s'attaquant aux problèmes identifiés et définit des organismes appropriés chargés de mener à bien ce travail dans des limites de temps spécifiées.

Le 28 février 2002, le Conseil européen a adopté une décision concernant les mesures de contrôle et les sanctions pénales relatives à l'usage d'une nouvelle drogue synthétique, la PMMA. Celle-ci n'est énumérée à l'heure actuelle dans aucune des annexes de la convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes, mais, en vertu de cette décision, la PMMA fait désormais l'objet de mesures de contrôle et de dispositions pénales dans les États membres ⁽¹⁰³⁾.

Une autre évolution importante est la décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) ⁽¹⁰⁴⁾. Les objectifs de ce programme sont les suivants:

- améliorer l'information et les connaissances en vue de promouvoir la santé publique;
- renforcer la capacité de réaction rapide et coordonnée aux menaces pour la santé;
- promouvoir la santé et prévenir les maladies en agissant sur les déterminants de la santé à travers toutes les politiques et activités.

Ce programme, entre autres, contribuera à la mise en œuvre des systèmes de suivi et de réaction rapide et aux actions dans le domaine des déterminants de la santé. Ces deux domaines devraient permettre le suivi des initiatives lancées par les parties intéressées dans les États membres dans le contexte du programme d'action communautaire sur la prévention de la toxicomanie dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique (1996-2000 et étendu jusqu'en 2002).

En 2002, la Commission européenne a également émis deux propositions de lutte contre la drogue, débattues par le Conseil au cours de la période concernée par le rapport (mars 2003): l'une est relative à la réduction des risques liés à la toxicomanie, et l'autre aux précurseurs ⁽¹⁰⁵⁾. En décembre, la Communauté européenne a conclu avec la République de Turquie un accord sur les précurseurs et les substances chimiques fréquemment utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes ⁽¹⁰⁶⁾.

Prévention

La prévention est souvent divisée en deux catégories: la prévention «universelle» (visant les enfants et les jeunes en général et impliquant un objectif de non-consommation) et la prévention «ciblée» ou «indiquée» (à l'intention de groupes à risques déterminés). Cette dernière catégorie sera analysée dans le chapitre 3 (p. 63). Le milieu scolaire est un lieu de prédilection pour les interventions de prévention universelle, car cet environnement garantit un accès constant et à long terme à une population importante de jeunes. Un récent projet de recherche sur les bonnes pratiques en matière de prévention en milieu scolaire, financé par la Commission européenne ⁽¹⁰⁷⁾, a émis des recommandations pour les programmes de prévention

⁽¹⁰¹⁾ Voir http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_fr.pdf.

⁽¹⁰²⁾ Attitudes et opinions des jeunes âgés de 15 à 24 ans sur un échantillon représentatif de l'UE.

⁽¹⁰³⁾ 2002/188/JAI: décision du Conseil du 28 février 2002 concernant des mesures de contrôle et des sanctions pénales relatives à la nouvelle drogue de synthèse PMMA (JO L 63 du 6.3.2002, p. 14). Proposition d'une nouvelle décision du Conseil définissant la PMMA comme une nouvelle drogue de synthèse qui doit être soumise à des mesures de contrôle et à des dispositions pénales [COM(2001) 734 final].

⁽¹⁰⁴⁾ Décision du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008) (JO L 271 du 9.10.2002, p. 1-12).

⁽¹⁰⁵⁾ Proposition de recommandation du Conseil relative à la prévention et à la réduction des risques liés à la toxicomanie [COM(2002) 201 final]. Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relative aux précurseurs de drogues [COM(2002) 494 final] (JO C 20 E du 28.1.2003, p. 160-170).

⁽¹⁰⁶⁾ Accord entre la Communauté européenne et la République de Turquie concernant les précurseurs et les substances chimiques utilisés fréquemment pour la fabrication illicite de drogues ou de substances psychotropes (JO L 64 du 7.3.2003, p. 30-35).

⁽¹⁰⁷⁾ Voir <http://www.school-and-drugs.org>.

en milieu scolaire ainsi que pour les cadres nécessaires : la politique scolaire et l'environnement scolaire.

Il existe un grand nombre de données probantes provenant de la documentation internationale, qui identifient des approches potentiellement prometteuses ou dont l'efficacité a été confirmée ⁽¹⁰⁸⁾.

La prévention est intégrée dans les programmes scolaires dans tous les États membres, dans le sens où le thème de la drogue doit être traité d'une manière ou d'une autre, mais cela peut simplement signifier que les enseignants ou les agents de police fournissent des informations sur les drogues et leurs risques. Les approches purement informatives et non structurées se sont révélées inefficaces (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Seuls quelques États membres disposent de plans nationaux pour la prévention en milieu scolaire qui précisent en détail la portée des actions à entreprendre (et à éviter) et déterminent par qui celles-ci doivent être effectuées ⁽¹⁰⁹⁾. D'autres pays, toutefois, préfèrent élaborer des plans municipaux ou départementaux qui intègrent la prévention en milieu scolaire ⁽¹¹⁰⁾. Les États membres sont encore moins nombreux à disposer de normes définies en matière de contenu de la prévention en milieu scolaire (obligatoires uniquement en Irlande et au Royaume-Uni) ⁽¹¹¹⁾. Cependant, tous les pays de l'UE commencent à reconnaître le besoin d'offrir des mesures de prévention de qualité plutôt que de se contenter de répéter l'importance de la prévention dans leurs stratégies nationales. La Suède est l'un des rares pays à admettre que sa prévention en milieu scolaire «était très souvent organisée selon des méthodes qui, d'après les recherches, s'étaient révélées peu ou pas efficaces, tandis que les méthodes efficaces étaient rarement utilisées» (Skolverket, 2000) et que l'absence de contrôle de la qualité a abouti à une situation dans laquelle «tout chef d'établissement scolaire pouvait décider de la façon dont l'éducation antidrogue devait être dispensée». Actuellement, l'ensemble de la stratégie est réorienté vers «des programmes réguliers fondés sur des méthodes évaluées et efficaces». De même, en France, «le relatif silence (...) dans les textes législatifs et réglementaires et l'implication précoce du milieu associatif (...) a induit la multiplicité des acteurs porteurs de la prévention, (...) sans qu'aucune modélisation ou théorie d'action ne s'impose ou ne soit encouragée particulièrement» (rapport national français). En réalité, cette description pourrait s'appliquer à beaucoup d'autres États membres. En revanche, l'Espagne, l'Irlande et le Royaume-Uni ont développé un contrôle de qualité bien défini et une orientation fondée sur les données probantes dans leurs politiques de prévention, et ces pays envisagent de continuer à

renforcer cette orientation ⁽¹¹²⁾. En outre, des exigences de qualité plus strictes sont en cours d'introduction au Portugal.

L'identification et la documentation systématiques des programmes en tant que pierres angulaires de l'amélioration de la qualité ⁽¹¹³⁾ sont en train de gagner en importance: récemment, le Danemark, l'Allemagne et le Portugal ont mis en place des projets pilotes visant à développer des systèmes de suivi semblables à ceux qui existent déjà en Belgique, en Grèce, en Espagne, en France, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Les interventions portant sur les programmes scolaires (par exemple des programmes de prévention officiels au contenu et à la description détaillés pour les séances) constituent, d'après les connaissances actuelles (Tobler, 2001), le moyen le plus utile de dispenser une prévention efficace d'une manière contrôlée qui permet également l'évaluation à la fois du processus (prévention bien présentée) et des résultats (résultats positifs). La proportion d'écoles couvertes par ce type de programmes scolaires est relativement faible dans certains États membres, soit par manque de systèmes d'information nécessaires (Allemagne, Italie), soit parce que l'on préfère un traitement de la prévention non fondé sur un programme scolaire, mais dispensé au quotidien dans la vie scolaire [Autriche et Finlande] ⁽¹¹⁴⁾ ⁽¹¹⁵⁾.

Étant donné qu'il s'agit d'un concept relativement bien défini, la prévention en milieu scolaire est le domaine le plus accessible pour l'identification et la quantification de la couverture de la prévention; à cet égard, les systèmes d'information au sein de l'UE commencent à porter leurs fruits, tandis que l'information dans d'autres domaines importants a encore besoin de structuration et d'améliorations ⁽¹¹⁶⁾.

La prévention communautaire (ou associative), en revanche, est un concept très hétérogène, en partie parce qu'elle est, par définition, décentralisée. La seule caractéristique commune à travers l'Europe est le fait qu'elle a pour cadre la «communauté». Les interventions comprennent des activités générales (telles que la formation du personnel et des formateurs), des mesures structurelles (élaboration de politiques et de réseaux locaux et implication des décideurs) et des actions spécifiques telles que la fourniture de centres locaux pour la prévention de la toxicomanie et de la marginalisation (France) ou de patrouilles parentales/«corbeaux de nuit» (Danemark, Norvège et Suède) ⁽¹¹⁷⁾. Les interventions ne sont pas obligatoirement organisées par des groupements associatifs, mais, comme au Luxembourg, peuvent être gérées «du sommet vers la base» par un organisme

⁽¹⁰⁸⁾ Voir *Objectif drogues* n° 5 à l'adresse http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FR.pdf.

⁽¹⁰⁹⁾ Voir le graphique 38 EL — Plans nationaux de prévention en milieu scolaire.

⁽¹¹⁰⁾ Voir le graphique 39 EL — Organisation de la prévention.

⁽¹¹¹⁾ Voir le tableau 3 EL — Vue d'ensemble des politiques et des cadres de prévention.

⁽¹¹²⁾ Voir *Objectif drogues* n° 5 à l'adresse http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FR.pdf.

⁽¹¹³⁾ Voir *Objectif drogues* n° 5 à l'adresse http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FR.pdf.

⁽¹¹⁴⁾ Voir *Objectif drogues* n° 5 à l'adresse http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_FR.pdf.

⁽¹¹⁵⁾ Voir le tableau 4 EL — Principaux paramètres quantitatifs des programmes de prévention.

⁽¹¹⁶⁾ Voir le tableau 5 EL — Programmes de prévention dans les écoles et les écoles maternelles.

⁽¹¹⁷⁾ Des informations supplémentaires concernant les «corbeaux de nuit» figurent en page 63.

national chargé de lancer des projets, notamment des programmes de sensibilisation à la toxicomanie. Souvent, on constate un manque de fondements solides et d'objectifs clairement définis; seule la Grèce a institué un processus de suivi auquel sont soumis les objectifs et la structure des projets communautaires. À part en Irlande et au Luxembourg, aucune évaluation significative n'a été signalée.

La prévention familiale, si elle est fréquemment mentionnée en tant qu'élément clé des stratégies nationales, semble être développée de façon disparate, intuitive et impromptue, sans expérience notable ou données probantes. Une caractéristique fréquente de ce type de prévention est la formation des parents aux compétences parentales et/ou la diffusion d'informations (Allemagne, Belgique, Danemark, France, Italie, Norvège et Portugal). Seuls l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni possèdent des projets ciblés à l'intention des familles à risques, concentrés sur les quartiers défavorisés. L'Espagne, par ailleurs, a publié une vue d'ensemble des pratiques de prévention familiale systématique et très complète ⁽¹¹⁸⁾, alors que la Grèce a également mis au point des projets familiaux bien organisés et documentés à l'échelle nationale.

À ce jour, il est impossible de comparer les montants dépensés pour la prévention dans les différents États membres, même en prenant en compte uniquement les ressources affectées aux plans de prévention en milieu scolaire.

Les campagnes médiatiques, malgré le peu de données probantes confirmant leur impact sur les comportements de consommation lorsqu'elles sont utilisées seules (Paglia et Room, 1999) et leur coût considérable, demeurent souvent des piliers importants des stratégies de prévention.

Mesures de réduction des risques

Les mesures visant à réduire les dommages sanitaires liés à la drogue, le nombre de décès et les nuisances publiques ⁽¹¹⁹⁾ font désormais partie intégrante de bon nombre de stratégies nationales antidrogue et constituent une priorité politique claire dans la majorité des pays ⁽¹²⁰⁾. La mise en œuvre d'actions de réduction des risques est décrite par les points focaux nationaux comme «très importante», «d'une importance primordiale», «fondamentale», «une priorité» ou un «aspect central de notre stratégie nationale antidrogue».

Les programmes d'échange de seringues, les initiatives de proximité et les services à bas seuil continuent à se développer et se sont diversifiés dans plusieurs pays pour inclure les soins médicaux élémentaires, les vaccinations, l'éducation à «un usage plus sûr», les soins d'urgence en cas de surdose, des formations aux premiers secours pour les usagers de drogues ou des salles de consommation supervisée. Le tableau 2 fournit une vue d'ensemble d'une sélection d'initiatives de réduction des risques dans les États membres de l'UE et en Norvège. L'extension de la couverture géographique des programmes d'échange de seringues est une des mesures les plus importantes pour réduire les infections liées à la consommation de drogues par injection. D'autres interventions sont généralement moins répandues et sont présentées ici en tant qu'«indicateurs» de l'orientation des solutions proposées par les services d'aide aux toxicomanes en vue de répondre aux besoins de santé élémentaires des usagers de drogues marginalisés. Dans tous les pays, les initiatives de traitement de la toxicomanie, en particulier les programmes de substitution, apportent également une contribution importante à la réduction des problèmes de santé liés à la toxicomanie.

⁽¹¹⁸⁾ http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf.

⁽¹¹⁹⁾ Voir le rapport annuel 2002 de l'OEDT; *Objectif drogues* n° 4 de l'OEDT; recommandation du Conseil sur la prévention et la réduction des risques liés à la santé associés à la toxicomanie (Cordroque 32).

⁽¹²⁰⁾ Voir le tableau 6 EL — Rôle de la réduction des risques.

Tableau 2 — Couverture géographique des programmes d'échange de seringues et disponibilité d'une sélection d'autres services de santé pour les toxicomanes dans les États membres de l'UE et en Norvège

Pays	Couverture géographique des programmes d'échange de seringues ⁽¹⁾	Soins médicaux à bas seuil ⁽²⁾	Éducation à un usage plus sûr ⁽³⁾	Formation aux premiers secours pour les usagers de drogues ⁽⁴⁾	Salles de consommation supervisée de drogues	Prescription d'héroïne
Belgique	> 40 sites, principalement des villes		Oui	Oui		Essais en cours de discussion
Danemark	10 comtés sur 14		Oui	Oui		
Allemagne	Presque toutes les villes	Oui	Oui	Oui	20 centres dans 11 villes	Étude médicale sur trois ans commencée en 2002
Grèce	Athènes	Oui	Oui	Oui		
Espagne	18 régions sur 19, prisons	Oui	Oui	Oui	2 centres	Essai en Andalousie et en Catalogne
France	87 départements sur 100	Oui	Oui	Oui		
Irlande	20 sites et programmes de proximité, en particulier dans la région de Dublin		Oui			
Italie	SerT et organisations non gouvernementales dans «beaucoup de villes», distributeurs dans les zones urbaines plus circonscrites	Oui		Oui		
Luxembourg	Services spécialisés dans trois grandes villes, distributeurs dans cinq villes	Oui	Oui	Oui	1 (prévue)	Création d'un cadre juridique
Pays-Bas	> 95 % des grandes villes	Oui	Oui	Oui	21 salles dans 11 villes	Essai clinique randomisé achevé, 300 patients continuent le traitement
Autriche	13 villes couvrant la plupart des provinces	Oui	Oui	Oui		
Portugal	Couverture nationale par le biais d'un programme pharmaceutique; réseau de proximité/PES en cours d'élaboration	Oui	Oui	Oui	Possible sur le plan juridique, non prévu	
Finlande	Plus de 70 % de villes de > 50 000 habitants, plus cinq villes plus modestes	Oui	Oui	Oui		
Suède	Malmö et Lund			Oui (au PES)		
Royaume-Uni	Grands programmes dans la plupart des villes anglaises et écossaises, les PES ont été introduits en Irlande du Nord en 2001		Oui	Oui	Recommandation de la commission de sélection du ministère des affaires intérieures non soutenue par le ministre des affaires intérieures	Prescription d'héroïne limitée actuellement. Extension recommandée par la commission de sélection (et ayant obtenu l'accord de principe du gouvernement)
Norvège	Oslo depuis 1988 et la plupart des grandes municipalités	Oui		Oui		

(1) Voir le tableau 7 EL — Fourniture et types de programmes d'échange de seringues (PES), participation des pharmacies, nombre de seringues distribuées/vendues.

(2) Au moins un service de soins médicaux à bas seuil.

(3) Au moins un service dispense régulièrement des cours de formation à un usage plus sûr.

(4) Formations régulières aux premiers secours pour les usagers de drogues au moins dans une ville.

NB: Voir le tableau 11 EL — Stratégies et sélection de mesures de réduction des décès liés à la drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège.

Prévention des maladies infectieuses

Les programmes d'échange de seringues sont disponibles dans tous les pays, mais leur couverture est très limitée en Grèce et en Suède. Une proposition de poursuivre les deux programmes existants et d'étendre les programmes d'échange de seringues à l'ensemble du pays a récemment été émise en Suède. Dans beaucoup d'autre pays, l'accessibilité du matériel d'injection stérile s'est encore améliorée, et on est parvenu à une meilleure couverture des zones rurales grâce à l'installation de distributeurs payants et à la participation des pharmaciens ⁽¹²¹⁾.

VIH

Les conseils et tests de dépistage volontaires (CTV) concernant le VIH sont couramment disponibles, dans tous les pays de l'UE, et sont des services gratuits le plus souvent ⁽¹²²⁾. Les efforts pour atteindre les toxicomanes «difficilement accessibles» et les encourager à faire usage des prestations de CTV par le biais de nouveaux services à bas seuil et par le travail de proximité se sont accrus, même si dans plusieurs pays, la disponibilité du dépistage gratuit et complètement anonyme est limitée.

La thérapie par combinaison de traitements antirétroviraux [multithérapie antirétrovirale, en anglais HAART ⁽¹²³⁾] est fournie par les systèmes de santé dans tous les pays de l'UE, mais des difficultés importantes demeurent en termes d'accès et de conformité par les toxicomanes séropositifs. Les toxicomanes actifs ne sont pas bien couverts par le traitement du VIH, en particulier ceux qui sont sans domicile fixe ou mènent une vie instable. En outre, l'attitude des personnes chargées de dispenser le traitement et le manque d'information des toxicomanes sur la capacité du traitement à réduire considérablement la morbidité et la mortalité constituent des obstacles supplémentaires. Si certains pays (par exemple la Belgique, l'Allemagne, l'Autriche, le Portugal et la Finlande) ont mis en œuvre des approches innovantes, telles que l'offre d'un traitement du VIH dans les services d'aide aux toxicomanes et les centres à bas seuil ou la modification des modalités de délivrance des médicaments pour les adapter au mode de vie des patients, l'amélioration de l'assimilation et de la réussite du traitement demeure toutefois un défi.

Hépatite B

Des campagnes de vaccination gratuite contre l'hépatite B sont actuellement mises en œuvre dans certains pays ⁽¹²⁴⁾. On note des offres de vaccination plus anticipatoires par les services d'aide aux toxicomanes et des actions organisées par ces services pour améliorer l'accès à la vaccination pour les toxicomanes grâce à des antennes de liaison pour les populations à risques. Des

programmes pilotes en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche ont réussi à augmenter les taux d'immunisation. La vaccination combinée contre les virus des hépatites A et B est recommandée pour les usagers de drogues (BAG, 1997).

Bien que la vaccination soit disponible et couverte par les systèmes de santé dans la plupart des pays, les taux d'immunisation signalés sont faibles.

Les usagers de drogues ne fréquentent peut-être pas assez longtemps un service de traitement pour terminer la série de vaccinations et atteindre une immunisation totale. Des solutions sont à l'essai, telles que l'administration de vaccins dans différents services, des plans de dosage accéléré et des programmes spécialisés d'accès facile.

Hépatite C

Le traitement de l'hépatite C est proposé dans tous les pays, mais en pratique, l'accès est difficile pour les toxicomanes (Wiessing, 2001). Les directives actuelles proposent que ceux-ci ne soient pas traités avant d'avoir cessé de consommer de la drogue ou d'être stabilisés dans le cadre d'une substitution orale depuis au moins un an, en raison du risque de réinfection chez les usagers actifs. Bon nombre de pays signalent un accès limité au traitement ou une faible observance ⁽¹²⁵⁾. Parmi les nouvelles possibilités pour améliorer l'assimilation et l'observance du traitement chez les toxicomanes, notons l'interféron pégylé, qui implique un régime moins astreignant, et l'élaboration de directives de traitement fondées sur des données probantes.

Il existe peu de plans d'action nationaux visant à réduire l'infection au virus de l'hépatite C. Des formations à un usage plus sûr et des campagnes d'information et de sensibilisation à l'intention des usagers de drogues ont été organisées dans plusieurs pays. Des programmes en milieu carcéral pour sensibiliser aux maladies infectieuses sont signalés dans certains pays, ainsi que des actions d'information sur la prévention de l'hépatite C chez les professionnels travaillant avec les toxicomanes.

Réduction des décès liés à la drogue

Environ 8 000 décès directement liés à la drogue sont enregistrés chaque année dans l'ensemble de l'UE et en Norvège, pour la plupart concernant des jeunes gens. Le fardeau des décès liés à la drogue pour la société devient encore plus visible lorsqu'il est représenté en termes d'«années de vie perdues» ⁽¹²⁶⁾. Ainsi, le tribut des décès liés à la drogue en Angleterre et au pays de

⁽¹²¹⁾ Voir le tableau 7 EL — Fourniture et types de programmes d'échange de seringues (PES), participation des pharmacies, nombre de seringues distribuées/vendues (les données pour 2001 sont présentées dans le tableau 8 EL du rapport annuel 2002 à: <http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/popups/oltab08-fr.html>).

⁽¹²²⁾ Voir le tableau 8 EL — Fourniture de conseils et tests de dépistage volontaires (CTV) ainsi que de traitements concernant le VIH.

⁽¹²³⁾ Highly active anti-retroviral treatment.

⁽¹²⁴⁾ Voir le tableau 9 EL — Vaccination contre le virus de l'hépatite B fournie aux usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) dans certains pays européens.

⁽¹²⁵⁾ Voir le tableau 10 EL — Traitement destiné aux usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) infectés par le virus de l'hépatite C.

⁽¹²⁶⁾ Années de vie perdues: critère fondé sur l'espérance de vie que toute personne aurait pu atteindre si elle n'était pas décédée pour cause de toxicomanie (ACMD, 2000, p. 56).

Galles en 1995 représentait 70 % de celui des décès dus aux accidents de la circulation routière (ACMD, 2000).

Les recherches indiquent qu'il existe un potentiel considérable de réduction du nombre de décès par des approches médicales et éducatives ⁽¹²⁷⁾. On a découvert que l'augmentation de la disponibilité du traitement de substitution, qui a un effet protecteur considérable sur la mortalité (OMS, 1998), était liée à une réduction du nombre de décès par surdose en France et en Espagne, bien que la baisse du taux d'injection de drogues en Espagne ait peut-être aussi contribué en grande partie à cette réduction (OEDT, 2002a). Les programmes éducatifs enseignant aux toxicomanes comment identifier les risques, reconnaître les signes de surdose et réagir de façon adéquate ont eu des effets positifs en augmentant la compétence des usagers de drogues à apporter une assistance lorsqu'ils sont témoins d'une surdose.

Des stratégies locales pour réduire le nombre de décès par surdose à Oslo, Copenhague, Amsterdam et Francfort ont fait l'objet d'une étude qui a révélé que, même si les niveaux et les modèles de consommation de drogue existants limitaient les résultats qu'il était possible d'atteindre, les politiques locales de recherche de solution pouvaient contribuer à réduire le nombre de décès (Reinås et al., 2002).

La réduction des décès liés à la drogue, qui constitue le principal dessein du deuxième objectif de la stratégie antidrogue de l'UE (2000-2004), est de plus en plus prise au sérieux en tant qu'objectif réalisable. Elle est considérée comme une priorité dans les nouvelles stratégies antidrogue nationales de l'Allemagne, de la Grèce, de l'Irlande, du Luxembourg, du Portugal, de la Finlande et du Royaume-Uni. Des stratégies locales pour réduire le nombre de décès par surdose sont également signalées ⁽¹²⁸⁾.

Des ressources d'informations sur la prévention de la surdose sont disponibles dans la plupart des pays. Une formation aux méthodes élémentaires de réanimation à l'intention des toxicomanes est proposée par les services de santé et d'aide aux toxicomanes, bien que la couverture géographique de ces formations aux premiers secours soit souvent limitée aux grands centres urbains ⁽¹²⁹⁾.

La distribution d'un antagoniste des opiacés, la naloxone, est l'une des mesures prises dans certains pays dans le but de réduire le nombre de surdoses d'héroïne (Sporer, 2003). En Italie, un nombre significatif d'*unità di strada* (services de rue pour les toxicomanes) fournissent aux usagers de drogues de la naloxone, qui peut être administrée dans le cadre d'une mesure d'urgence provisoire en attendant les secours médicaux. Une étude pilote à Berlin sur la combinaison de la formation aux premiers secours et de la distribution de naloxone a constaté une augmentation de la compétence à réagir de façon adéquate dans les cas d'urgence de toxicomanie et un usage médicalement justifié de l'antagoniste

dans la grande majorité des cas (93 %) (Dettmer, 2002). La même étude a également souligné l'importance de la naloxone pour les urgences survenant dans un cadre privé.

Les décès par surdose dans les lieux publics sont particulièrement préoccupants dans les villes européennes où le milieu de la toxicomanie est important et opère ouvertement. Dans certaines villes allemandes et espagnoles, des centres de consommation supervisée ont été mis en place, ciblant la population souvent marginalisée des milieux ouverts de la toxicomanie. Les salles de consommation supervisée existent également aux Pays-Bas. Parmi d'autres services, elles fournissent des soins d'urgence immédiats en cas de surdose. Une étude sur les salles de consommation en Allemagne (Poschadel et al., 2003) a révélé qu'elles contribuent de façon significative à la réduction des décès liés à la drogue dans les villes et améliorent l'accès aux services de santé et de traitement destinés aux usagers problématiques de drogues qui ne sont pas atteints par d'autres services.

Traitement

Les traitements médicalement assistés et les traitements de sevrage sont les deux principaux modes de traitement de l'usage de drogues illicites. Les traitements médicalement assistés sont presque exclusivement dispensés dans un cadre ambulatoire, tandis que les traitements de sevrage peuvent être administrés tant dans un établissement avec hébergement que dans un cadre ambulatoire. Dans l'UE, en pratique, seuls les agonistes (par exemple la méthadone) ou une combinaison d'antagonistes et d'agonistes (par exemple la buprénorphine) sont utilisés pour le traitement à long terme, tandis que les antagonistes (par exemple la naloxone) peuvent être utilisés dans un traitement de sevrage.

Traitement médicalement assisté

La méthadone est de loin la substance de substitution la plus utilisée. La buprénorphine, la substance de substitution la plus utilisée en France depuis des années, est également prescrite par des médecins de ville au Luxembourg et au Portugal. La Suède prépare des restrictions à la prescription de buprénorphine et, en Finlande, l'abus illicite de buprénorphine a engendré des demandes de traitement, avec quelques décès signalés en rapport avec l'abus de buprénorphine et de dépresseurs. Actuellement, la buprénorphine est beaucoup moins utilisée que la méthadone en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en Grèce, en Espagne, en Autriche et au Royaume-Uni.

Depuis quelques années, on dispose d'informations sur le nombre de personnes qui reçoivent un traitement de substitution (Farrell et al., 1996, 2000), et il est désormais possible de suivre les évolutions dans ce domaine. Le tableau 3 compare les informations sur les traitements de substitution telles que

⁽¹²⁷⁾ Les aspects toxicologiques, les corrélats sociaux et personnels et les risques, ainsi que les circonstances des décès et des surdoses non fatales et les stratégies de prévention ont été analysés, par exemple par Varescon-Pousson et al. (1997), Hariga et al. (1998), Seaman et al. (1998), Villalbi et Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari et al. (2001), Lepère et al. (2001), Brugal et al. (2002), Buster (2002), Kraus et Püschel (2002), Origer et Delucci (2002) et Pant et Dettmer (2002)..

⁽¹²⁸⁾ Tableau 11 EL — Stratégies et sélection de mesures de réduction des décès liés à la drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège.

⁽¹²⁹⁾ Tableau 11 EL — Stratégies et sélection de mesures de réduction des décès liés à la drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège.

Tableau 3 — Évolution des traitements de substitution dans les 15 États membres de l'UE et en Norvège

	Nombre estimé de personnes sous traitement de substitution figurant dans un rapport ⁽¹⁾		Évolution (%)
	1997-1998	2001-2002	
Belgique	6 617	7 000	5,8
Danemark	4 298	4 937	14,9
Allemagne ⁽²⁾	45 300	49 300	8,8
Grèce	400	1 060	165,0
Espagne	51 000	78 806	54,5
France	53 281	85 757	61,0
Irlande	2 859	5 865	105,1
Italie	77 537	86 778	11,9
Luxembourg ⁽³⁾	931	1 007	8,2
Pays-Bas	13 500	13 500	0
Autriche	2 966	5 364	80,8
Portugal	2 324	12 863	453,5
Finlande	200	400	100,0
Suède	600	621	3,5
Royaume-Uni ⁽⁴⁾	28 776	35 500	23,4
Norvège	204	1 853	808,3
Total	290 793	390 611	34,3

(¹) Pour certains pays, les nombres se réfèrent aux patients, pour d'autres, ils se réfèrent aux capacités estimées.
(²) Dans le cas de l'Allemagne, les chiffres comprennent également les patients qui reçoivent de la dihydrocodéine. Leur nombre est estimé à 8 800 environ en 1998 et à 3 700 en 2000.
(³) 186 et 156 patients ont été enregistrés dans le cadre du projet gouvernemental en 1998 et en 2001 respectivement, tandis que 745 et 849 patients ont bénéficié de traitements de substitution par les médecins généralistes.
(⁴) Angleterre et pays de Galles uniquement.
Sources: Rapport annuel 1998 de l'OEED (comprenant des données de 1997 ou de rapports annuels antérieurs) et rapports nationaux 2001 et 2002.

rapportées en 1997-1998 avec les dernières données fournies par les États membres. Ce tableau montre une augmentation considérable de la disponibilité globale des traitements médicalement assistés. L'augmentation globale au niveau de l'UE est de 34 % en 5 ans approximativement.

Coprescription d'héroïne

Les Pays-Bas ont déjà mené un essai de coprescription médicale d'héroïne, dont ils ont présenté les résultats en février 2002 (<http://www.ccbh.nl>; Comité central pour le traitement des héroïnomanes, 2002). Les patients admis pour participer à cet essai ont reçu à la fois de la méthadone et de l'héroïne.

L'évaluation a montré que les patients du groupe expérimental ont retiré des bénéfices considérables en termes de santé par rapport à ceux du groupe témoin, qui ont reçu uniquement un traitement par la méthadone.

Entre mars 2002 et février 2003, les villes allemandes de Bonn, Cologne, Francfort, Hambourg, Hanovre, Karlsruhe et Munich ont lancé un programme de traitement assisté par prescription d'héroïne dans le cadre d'un essai scientifique cas témoin randomisé. Un total de 1 120 patients ont été admis pour participer à l'essai concernant l'héroïne, qui sera étroitement suivi et évalué par le Centre de recherches interdisciplinaires sur les dépendances de Hambourg (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung) pendant deux périodes d'étude de 12 mois chacune (<http://www.heroinstudie.de/>).

En Espagne, les régions autonomes de Catalogne et d'Andalousie préparent des essais de coprescription d'héroïne. À Barcelone (Catalogne), la cohorte totale de l'étude comprendra 180 patients hommes âgés de 18 à 45 ans. L'héroïne prescrite sera administrée sous forme orale.

Au Luxembourg, un décret du 30 janvier 2002 autorise un essai de prescription d'héroïne qui sera mené dans le cadre d'un projet pilote géré par la direction de la santé.

Au Royaume-Uni, l'héroïne est prescrite par le biais des médecins généralistes à environ 500 patients selon les estimations.

Traitement de sevrage

Le traitement de sevrage implique la mise en œuvre de techniques psychosociales et éducatives pour atteindre une abstinence de drogue à long terme.

Les données disponibles sur le traitement de sevrage ne permettent pas d'effectuer des comparaisons quantitatives, d'une part parce qu'elles proviennent à la fois de centres ciblant uniquement les usagers de drogues illicites et d'établissements de traitement des dépendances en général, par exemple de l'alcoolisme et d'autres types d'abus de substances, et d'autre part parce que le «traitement» est difficile à définir (par exemple en termes de nombre minimal de séances) et ne peut être mesuré en unités quantifiables, telles que des prescriptions enregistrées, comme c'est le cas pour le traitement médicalement assisté.

On assiste à la tendance à une division nord-sud en matière de dispense du traitement: dans la partie sud de l'Europe, les traitements sont majoritairement dispensés par des services spécialisés pour les usagers de drogues illicites, tandis que dans le Nord (à l'exception du Danemark), il s'agit de services axés sur les dépendances en général. Cela peut s'expliquer par le fait que les pays du Nord (à l'exception du Danemark) pratiquent depuis plus longtemps le traitement par sevrage des alcooliques. Peut-être qu'au moment où l'usage de drogues illicites a commencé à se développer, les centres de traitement existants étaient adaptés pour accueillir ce groupe particulier au sein même des structures. En revanche, les autres pays ne disposaient pas du même réseau de structures de traitement et des services spécialisés supplémentaires ont été créés pour les usagers de drogues illicites ⁽¹³⁰⁾.

⁽¹³⁰⁾ Voir le graphique 40 EL — Usagers de drogues à problèmes sous traitement par sevrage.

Normes et qualité de traitement

La mise en place de systèmes d'accréditation, la création de normes de qualité, l'élaboration de directives, la formation du personnel et le suivi et l'évaluation sont autant d'exemples de mesures visant à garantir un certain niveau de qualité du traitement concernant les drogues illicites.

Des systèmes d'accréditation et de certification signalés en Allemagne, en France, au Luxembourg, en Autriche et au Portugal impliquent une surveillance des services par un organe externe indépendant mandaté pour garantir qu'ils satisfont à des exigences particulières prédéterminées. Dans certains pays, comme la France et le Luxembourg, les structures de traitement doivent être certifiées ou accréditées pour recevoir un financement pour les traitements. Dans d'autres pays, la certification nationale est possible mais facultative, bien que la possibilité d'obtenir une certification selon des normes internationales, telle que l'ISO, existe dans l'ensemble de l'Europe.

De nombreux États membres, tels que la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, l'Autriche et la Finlande, font état de l'existence de directives sur la mise en œuvre des traitements destinées à garantir leur qualité. Cependant, il existe des disparités dans l'étendue de leur utilisation et de leur application ainsi que dans leur nature. Les directives peuvent être des conseils non obligatoires largement diffusés ou des principes semi-obligatoires qui doivent être observés pour qu'un financement puisse être envisagé. Au niveau de l'UE, des directives non obligatoires pour l'administration de traitement par la méthadone ont été élaborées et sont disponibles en allemand, en anglais, en espagnol et en français⁽¹³¹⁾.

Tous les États membres disposent de programmes de formation du personnel, bien qu'aucun des États ne signale la formation systématique du personnel de traitement au niveau national. La disponibilité, la diversité et le niveau de la formation varient considérablement dans l'UE, tout comme la participation des autorités responsables des traitements à la mise en œuvre de ces activités.

Évaluation et recherche en matière de traitement

L'évaluation et la recherche en matière de traitement de la toxicomanie, qui empruntent diverses formes, sont mentionnées par tous les pays. Cependant, la grande majorité des études sont effectuées à une échelle réduite et à un niveau institutionnel ou local. Au Royaume-Uni, une enquête nationale a été menée en Angleterre et au pays de Galles sur l'issue des traitements comportant des résultats sur 5 ans⁽¹³²⁾. En Italie, l'étude Vedette, qui porte sur près de 12 000 patients dans 118 centres de traitement ambulatoire (SerT), est actuellement encore en cours et seuls des résultats initiaux sont disponibles. Les résultats préliminaires révèlent que la dose moyenne quotidienne de méthadone était de 40 mg et que seuls 10 % des patients recevaient 60 mg ou plus, soit la dose requise selon la

documentation scientifique. Les taux annuels d'abandon pour le traitement de sevrage et pour le traitement de maintenance par la méthadone étaient respectivement de 52 % et 35 %. Il semble également que des doses plus élevées de méthadone réduisent le risque d'abandon. L'étude a également confirmé que l'intervention psychosociale est efficace⁽¹³³⁾. L'étude danoise Danris⁽¹³⁴⁾, qui a débuté en mai 2000, a pour objectif de suivre les traitements et leur efficacité auprès de 40 centres de traitement avec hébergement. Au niveau européen, le projet TREAT 2000, en partie financé par le cinquième programme-cadre de recherche, vise à analyser et à comparer les systèmes de soins et leur efficacité dans la gestion des toxicomanes usagers d'opiacés dans six régions européennes.

Réponses ciblant les toxicomanes dans le cadre de la justice pénale

Cadre politique

La toxicomanie joue un rôle central dans l'infraction aux lois relatives à la drogue ainsi que dans les délits de vol mineurs. Une forte proportion de toxicomanes sont arrêtés, et beaucoup sont incarcérés. Par ailleurs, certains détenus commencent à consommer de la drogue en prison. Ces observations sont prises en compte dans les systèmes de justice pénale de l'ensemble des États membres de l'UE et de la Norvège. La majorité des pays de l'UE ont inclus dans leurs stratégies antidrogue un axe sur l'amélioration des services psychosociaux et sanitaires à l'intention des toxicomanes dans les prisons.

Un besoin en systèmes de justice pénale souples a émergé en raison du nombre croissant de toxicomanes incarcérés, entraînant une surpopulation dans les prisons. L'idée que le milieu carcéral n'est peut-être pas le lieu le mieux équipé pour recevoir les usagers de drogues a conduit à un développement des mesures alternatives à la condamnation et à l'incarcération. La coopération entre les structures de justice pénale, notamment la prison et la probation, et entre celles-ci et les structures sanitaires, est généralement considérée comme nécessitant des améliorations, et des mesures appropriées sont en cours d'élaboration⁽¹³⁵⁾.

Interventions psychosociales et sanitaires en milieu carcéral

Dans les prisons, les services à destination des détenus toxicomanes sont en augmentation. La plupart des pays dans lesquels un traitement de la dépendance est généralement disponible dans les prisons proposent également des mesures de réduction des risques (tableau 4). Cependant, d'après une analyse des programmes en milieu carcéral dans le cadre de l'EDDRA [Exchange on European Drug Demand Reduction

⁽¹³¹⁾ Voir les directives sur le site web Euromethwork à l'adresse <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>.

⁽¹³²⁾ <http://www.ntors.org.uk>.

⁽¹³³⁾ <http://www.studio-vedette.it/publicazioni.htm>.

⁽¹³⁴⁾ <http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp>.

⁽¹³⁵⁾ Voir le tableau 12 EL — Récentes stratégies, directives ministérielles et normes de services sur la consommation de drogues en prison dans l'UE et en Norvège.

Tableau 4 — Disponibilité des services sanitaires et sociaux à l'intention des usagers de drogues dans les prisons de l'UE ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Pourcentage de prisons proposant les services	Démarche axée sur l'abstinence			Traitement de substitution	Démarche axée sur la réduction des risques				
	Désintoxication	Services de sevrage	Communautés thérapeutiques en prison		Dépistage sanguin	Programmes de vaccination	Fourniture de désinfectants	Échange de seringues	Fourniture de préservatifs
Tous	Belgique, Danemark, Espagne, France, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Suède			Belgique, Danemark, Espagne, France, Autriche, Portugal	Belgique, Grèce, Espagne, France, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Suède	Danemark, Grèce, Espagne, France, Irlande, Luxembourg, Autriche, Portugal	Belgique, Danemark, Espagne, France, Autriche, Portugal, Norvège		Belgique, Danemark, Espagne, France, Autriche, Portugal, Suède, Norvège
Plus de la moitié	Irlande, Finlande, Royaume-Uni	Finlande, Royaume-Uni		Luxembourg	Finlande	Finlande, Royaume-Uni	Finlande		Luxembourg, Finlande, Royaume-Uni
Moins de la moitié	Grèce, Italie, Norvège	Danemark, Pays-Bas, Belgique, Grèce, Espagne, Irlande, Autriche, Portugal, Suède, Norvège	Belgique, Danemark, Espagne, Grèce, Autriche, Portugal, Finlande, Norvège	Irlande, Italie, Finlande, Royaume-Uni			Royaume-Uni	Allemagne, Espagne	
Aucune		France, Italie, Luxembourg	France, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni	Grèce, Pays-Bas, Suède	Danemark, Royaume-Uni, Norvège	Belgique, Pays-Bas, Suède	Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Suède	Belgique, Danemark, Grèce, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Finlande, Suède, Royaume-Uni, Norvège	Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas

⁽¹⁾ Les données de l'Allemagne sont manquantes en raison de la structure fédérale du système judiciaire.

⁽²⁾ Voir le tableau 13 EL pour une version plus développée du tableau ci-dessus. Interventions en milieu carcéral à l'intention des toxicomanes.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2002).

Action, «Échanges sur les actions de réduction de la demande de drogues» ⁽¹³⁶⁾], l'objectif dominant de ces interventions n'est pas lié à la santé mais à la réduction de la criminalité liée à la toxicomanie ⁽¹³⁷⁾.

En règle générale, dans n'importe quel pays déterminé, des services particuliers existent soit dans presque toutes les prisons, soit dans presque aucune. Cela se vérifie particulièrement pour les mesures de réduction des risques, comme le montre le tableau 4. Le dépistage sanguin et les programmes de vaccination sont

disponibles et les désinfectants ainsi que les préservatifs fournis dans presque tous les établissements pénitentiaires dans environ deux tiers des pays, mais ils sont presque complètement absents dans environ un tiers des États membres. Ce fait reflète le rôle essentiel des politiques nationales dans la détermination de la disponibilité des services en milieu carcéral. Cependant, les projets pilotes au niveau des prisons individuelles sont généralement testés avant le lancement d'une politique au niveau national.

⁽¹³⁶⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>.

⁽¹³⁷⁾ OEDT, *Criminal justice based drug demand and harm reduction interventions in the EU — An analysis of police station, court and prison-based programmes* («Interventions dans l'UE en matière de demande de drogue et de réduction des risques basées sur la justice pénale») (http://eddrpdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

La désintoxication est la mesure la plus universellement proposée. Elle est disponible dans presque toutes les prisons de neuf pays et à une moins grande échelle dans seulement trois pays, la Grèce (données 2001), l'Italie et la Norvège. L'échange de seringues est l'intervention la moins fréquente parmi celles qui font l'objet de l'enquête: les programmes d'échange de seringues sont disponibles uniquement en Espagne (11 prisons sur 68) et en Allemagne (4 prisons sur 222). L'accessibilité des traitements de substitution suit le modèle de la disponibilité dans les lieux communautaires (sauf aux Pays-Bas) et est disponible dans presque toutes les prisons dans six États membres. D'autres pays les proposent dans très peu d'établissements pénitentiaires⁽¹³⁸⁾.

Alternatives à l'incarcération

Les alternatives communautaires à l'incarcération⁽¹³⁹⁾ à l'intention des délinquants toxicomanes se sont développées dans les États membres de l'UE depuis la fin des années 1990⁽¹⁴⁰⁾. Cette évolution est survenue dans le cadre d'une série d'innovations importantes en matière de politique pénale, comprenant également la médiation et la réparation (c'est-à-dire une orientation vers les travaux d'intérêt général). En pratique, les alternatives consistent à dispenser un traitement contre la toxicomanie. Il existe des données montrant que le traitement est efficace pour la réduction de l'usage de drogues et de la criminalité (Stevens et al., 2003). Le traitement pourrait être particulièrement efficace en matière de réduction de la criminalité s'il était ciblé à l'intention des toxicomanes de longue date, qui sont responsables de la majorité des infractions mineures. En outre, les peines de prison se sont révélées inefficaces pour dissuader les auteurs de commettre des délits mineurs (Brochu, 1999).

L'efficacité des approches de traitement quasi obligatoire n'a pas été clairement prouvée. À cet égard, les chercheurs européens tendent à être plus sceptiques que les Américains, dont les études ont signalé des résultats positifs depuis les années 70. Des études complémentaires seraient nécessaires sur les processus et les résultats de traitement, et ces recherches devraient comprendre à la fois des études quantitatives et qualitatives. Cependant, l'évaluation d'un programme danois permettant aux délinquants de purger leur peine dans un département spécial de traitement en prison a révélé une diminution du taux de criminalité, en particulier lorsque l'alternative à l'incarcération était proposée aux délinquants de longue date (rapport national danois, 2002). Le projet «Triple Ex» de La Haye, un type de traitement coercitif, a révélé qu'une durée prolongée de traitement était liée à une réduction du taux de rechute (Vermeulen et al., 1999).

Beaucoup de facteurs identifiés comme responsables du manque d'efficacité des alternatives à la sanction sont liés au manque de coordination entre les différents secteurs impliqués, notamment la justice, la santé et l'aide sociale. Généralement, les évaluations révèlent des disparités dans le financement des traitements⁽¹⁴¹⁾,

un manque de délimitation claire entre le rôle des juges et celui du personnel de traitement pour savoir qui devrait déterminer le meilleur type de traitement, et une inadéquation des services de traitement communautaires⁽¹⁴²⁾ (OEDT, 2003a). Une évaluation de l'«ordre de service communautaire» (travail d'intérêt général), l'un des outils dont dispose l'appareil juridique irlandais pour réorienter les usagers de drogues des prisons vers des formes de sanction alternatives, montre que la collaboration formelle et/ou informelle entre la justice et les services sociaux et sanitaires est essentielle pour la réussite des interventions (groupe d'experts sur les services de probation et d'aide sociale, 1999).

Les systèmes de justice des États membres ont conçu des mesures spéciales à l'intention des jeunes consommateurs de drogues, parmi lesquelles les interventions précoces et les alternatives aux poursuites. Les interventions précoces ont pour but de prévenir la criminalité en intervenant en début de parcours criminel. L'une des mesures les plus communément appliquées dans les États membres est d'éviter ou de repousser la première condamnation à une peine de prison en aiguillant les jeunes vers un programme social de santé plutôt que de les diriger vers le système pénal. Au Portugal, les commissions de dissuasion de la toxicomanie constituent un exemple d'une structure créée afin de mettre en œuvre des alternatives aux poursuites en justice. Elles ont été créées en 2001, au moment où la possession de drogues pour usage personnel a été décriminalisée. Une évaluation au terme d'un an montre des résultats positifs au niveau de la prévention du développement d'un problème de drogue ainsi que de la diminution de la période s'étendant du début de l'usage problématique de drogues et le contact avec les établissements de traitement (rapport annuel portugais 2002).

Réduction de l'offre

Mesures de répression

Selon le rapport d'Europol sur la criminalité organisée, la production et le trafic de drogues restent les activités principales des associations de malfaiteurs dans l'UE. Aucun autre domaine de la criminalité organisée ne génère des bénéfices aussi considérables⁽¹⁴³⁾.

D'après *Interpol au travail — 2001*, l'accroissement de la coopération internationale a permis un certain nombre d'opérations de répression de grande envergure. Par exemple, Project Exit, fondé sur l'échange de renseignements, a permis des saisies importantes d'ecstasy en Europe. Par ailleurs, d'importantes cargaisons transportées en contrebande des aéroports européens vers l'Amérique du Nord ont été détectées. Le programme d'échange de données sur la drogue, auquel Interpol, l'UNODC (Office des Nations unies contre la drogue et le crime) et l'OMD (Organisation mondiale des douanes) ont participé en échangeant des renseignements, continue à jouer un

⁽¹³⁸⁾ Voir le tableau 13 EL — Interventions en milieu carcéral à l'intention des toxicomanes.

⁽¹³⁹⁾ Voir le graphique 41 EL — Alternatives à la prison — Cadre conceptuel.

⁽¹⁴⁰⁾ Voir le tableau 14 EL — Alternatives à la prison pour les délinquants toxicomanes — Description comparative au niveau de l'UE.

⁽¹⁴¹⁾ L'évaluation d'un projet suédois d'alternative à la prison a mis en lumière le manque de sources financières pour prendre en charge le traitement à la fin de la peine (rapport national suédois, 2003).

⁽¹⁴²⁾ http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf.

⁽¹⁴³⁾ Pour plus de détails, voir l'encadré 15 EL — Mesures de répression.

rôle clé dans la lutte contre le trafic des drogues synthétiques en contrebande.

Mesures de lutte contre le blanchiment de capitaux

Selon les estimations d'Europol, le trafic de cocaïne génère des milliards d'euros au sein de l'UE. Les méthodes de blanchiment comprennent des mouvements de capitaux à la fois physiques et électroniques. Il est encore difficile d'établir un lien entre les mouvements de capitaux et les transactions commerciales liées à la drogue qui s'y rapportent. Interpol a élaboré des outils importants pour lutter contre les systèmes spécifiques de blanchiment de capitaux. En 2001, des études spécialisées ont été mises à disposition pour permettre aux enquêteurs de se familiariser avec ces systèmes ⁽¹⁴⁴⁾ ⁽¹⁴⁵⁾.

Selon le rapport annuel 2001-2002 du Groupe d'action financière internationale (GAFI) ⁽¹⁴⁶⁾, sept États membres de l'UE satisfont pleinement à 28 des 40 recommandations nécessitant une action nationale spécifique; les autres pays n'y satisfont pas entièrement ⁽¹⁴⁷⁾.

Mesures contre le détournement des substances chimiques sous contrôle

Selon le rapport 2002 de l'OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants) sur les «substances chimiques sous contrôle», la plupart des pays exportateurs fournissent maintenant des données sur l'exportation, mais la France, malheureusement, qui fournissait auparavant des données complètes sur ses exportations de substances sous contrôle, n'a pas fourni ces renseignements pour l'année 2001. La plupart des pays exportateurs ont soumis des renseignements sur les précurseurs utilisés pour la fabrication des stimulants de type amphétamines. Des données sur l'exportation de phénylpropanolamine, qui a été incluse pour la première fois en 2000 dans le tableau I du rapport de l'OICS (imposant des déclarations préalables à l'exportation), ont été fournies par le Danemark, l'Espagne, l'Allemagne et le Royaume-Uni. Par ailleurs, la plupart des pays de l'UE producteurs de P-2-P et de safrôle ont présenté des données ⁽¹⁴⁸⁾. Les gouvernements continuent à obtenir des succès, en particulier grâce à l'opération Purple, dans la prévention du détournement du permanganate de potassium ⁽¹⁴⁹⁾ utilisé pour la fabrication illégale de cocaïne. En 2001, le nombre de cargaisons et le volume du trafic sous surveillance ont diminué ⁽¹⁵⁰⁾.

Sept laboratoires clandestins fabriquant du permanganate de potassium ont été démantelés en Colombie dans le cadre de l'opération Purple, d'avril à septembre 2002. Étant donné que le

permanganate de potassium devient plus difficile à détourner du commerce légal, certains producteurs de cocaïne tentent de fabriquer eux-mêmes cette substance chimique.

L'opération internationale Topaz de surveillance du trafic d'anhydride acétique ⁽¹⁵¹⁾ continue à bien fonctionner à la fois en termes de suivi international des cargaisons licites et d'enquêtes à vocation répressive visant à identifier l'origine des cargaisons de substances chimiques saisies ou interceptées. Entre janvier et novembre 2002, 2 800 cargaisons à l'exportation ont été signalées, comprenant près de 300 000 tonnes d'anhydride acétique. La Belgique et les Pays-Bas, d'où provenaient la majorité des expéditions, ont contribué de façon particulièrement active à garantir le bon fonctionnement du programme de suivi international. La majorité des transactions ont lieu entre des États membres de l'UE et, au total, 92 % des cargaisons surveillées ont été signalées par des États membres. La concentration du commerce licite au sein de l'UE et le succès des procédures de contrôle de l'opération Topaz ont conduit à examiner la possibilité d'une alternative viable au suivi cargaison par cargaison au sein de l'UE.

D'après Europol, jusqu'à 90 % de l'héroïne saisie sur les marchés de l'UE provient de l'Asie du Sud-Ouest (Afghanistan). En dépit des efforts pour éradiquer la culture de l'opium, la production en 2002 est estimée à 3 400 tonnes métriques. En tenant compte du fait qu'une partie de l'anhydride acétique détourné des voies d'approvisionnement licites est exportée en contrebande vers l'Afghanistan, un groupe d'action international composé de l'Allemagne, des États-Unis et du Royaume-Uni a été mis en place pour fournir une assistance technique dans la lutte contre le trafic dans cette région.

Au cours de l'année 2001, plus de 200 tonnes d'anhydride acétique ont été saisies. Il s'agit de la plus grande quantité jamais enregistrée pour une seule année. La saisie la plus importante a été signalée par le Royaume-Uni, qui a dévoilé une tentative de détournement de 70 tonnes vers la Yougoslavie. Les autres pays européens ayant signalé des saisies d'anhydride acétique sont l'Allemagne, la Belgique, l'Italie et la Slovaquie.

Pour contribuer à prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication de stimulants de type amphétamines, tels que l'éphédrine, la phénylpropanolamine et le 3,4-MDP-2-P, l'OICS, en collaboration avec la Commission européenne et les États-Unis, a accepté de lancer un projet international à contribution volontaire, le projet PRISM, pour aider les gouvernements à atteindre ce but ⁽¹⁵²⁾ ⁽¹⁵³⁾.

⁽¹⁴⁴⁾ <http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp>.

⁽¹⁴⁵⁾ Pour plus de détails, voir l'encadré 16 EL — Mesures de lutte contre le blanchiment de capitaux.

⁽¹⁴⁶⁾ http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf.

⁽¹⁴⁷⁾ Encadré 17 EL — Niveau de conformité (GAFI).

⁽¹⁴⁸⁾ Encadré 18 EL — Mesures contre le détournement des produits chimiques sous contrôle (OICS).

⁽¹⁴⁹⁾ Le permanganate de potassium est un composé licite qui est un réactif important en chimie organique analytique et synthétique; il est utilisé dans les applications de blanchiment, les désinfectants ainsi que les agents antibactériens et antifongiques. Il est également employé dans les processus de purification de l'eau.

⁽¹⁵⁰⁾ Encadré 19 EL — Opération Purple.

⁽¹⁵¹⁾ L'anhydride acétique est un agent acétylant et déshydratant utilisé dans les industries chimique et pharmaceutique pour la fabrication d'acétate de cellulose, dans les produits d'encollage de textiles et les activateurs de blanchiment sans débouillissage, pour le polissage des métaux et la production de liquides de frein, de teintures et d'explosifs.

⁽¹⁵²⁾ http://www.incb.org/e/ind_ar.htm.

⁽¹⁵³⁾ Encadré 20 EL — OICS.



Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 3

Questions particulières

Ce chapitre met en évidence trois questions spécifiques se rapportant au problème de la drogue en Europe: la consommation de drogues et d'alcool parmi les jeunes, l'exclusion sociale et la réintégration, et les dépenses publiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogue.

La consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes

Les jeunes se situent souvent à l'avant-garde des mutations sociales, et la tendance à la hausse de la consommation d'alcool et de drogues illicites par cette tranche d'âge dans l'UE constitue une évolution importante de la société. L'introduction de l'alcool dans cette partie du rapport est un fait nouveau et découle des préoccupations sur les modèles complexes de consommation de drogues et la dépendance, les dégâts sanitaires et les comportements délinquants qui y sont liés. Ces modèles de consommation de substances psychoactives constituent un défi particulier pour les responsables politiques, qui doivent élaborer un éventail de solutions assez large et opportun pour une action efficace.

L'UE s'est fixé pour objectif de réduire de façon significative, sur une période de 5 ans, la prévalence de la consommation de drogues illicites ainsi que le recrutement des usagers, particulièrement parmi les jeunes de moins de 18 ans, et de développer des approches innovantes en matière de prévention (COR 32).

Les documents consultés pour la rédaction de ce chapitre comprennent les rapports nationaux Reitox et les données d'enquêtes auprès de la population. Les données comparables sur les jeunes s'appuient largement sur les rapports de l'ESPAD (European School Survey Project, «Projet d'enquête en milieu scolaire») de 1995 et de 1999 (ESPAD, 1999) portant sur des lycéens de 15 à 16 ans et auxquels neufs États membres ont participé. Les données des Pays-Bas dans les enquêtes de l'ESPAD ne sont pas strictement comparables à celles des autres États membres participants. Les recherches publiées, la *grey literature* ⁽¹⁵⁴⁾ et les publications gouvernementales sur la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes (particulièrement de France et du Royaume-Uni) ont également été utilisées en tant que références.

Prévalence, attitudes et tendances

Prévalence

Si l'on exclut le tabac et la caféine, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée chez les jeunes dans toute l'UE. La proportion des lycéens de 15 à 16 ans qui ont déjà été ivres

au cours de leur vie s'échelonne entre 36 % au Portugal et 89 % au Danemark ⁽¹⁵⁵⁾ (graphique 19) ⁽¹⁵⁶⁾. La majorité des jeunes de l'UE n'ont jamais consommé de drogues illicites, mais parmi ceux qui l'ont fait, le cannabis est la drogue la plus fréquemment utilisée, devant les inhalants/solvants ⁽¹⁵⁷⁾. Selon l'enquête ESPAD réalisée en 1999 en Grèce et en Suède, la consommation d'inhalants/de solvants au cours de la vie est égale ou supérieure à celle du cannabis parmi les étudiants âgés de 15 à 16 ans ⁽¹⁵⁸⁾.

Les enquêtes nationales en milieu scolaire ne mesurent pas la consommation problématique de substances chez les jeunes, mais elles constituent une source très utile pour évaluer la consommation expérimentale de drogues et les attitudes chez cette catégorie. D'après les rapports Reitox et les données de l'ESPAD de 1999, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie était la moins élevée en Norvège (7 %), au Portugal (8 %), en Suède (8 %), en Grèce (9 %) et en Finlande (10 %). La prévalence au cours de la vie était la plus élevée en France (35 %), au Royaume-Uni (34 %) et en Irlande (32 %), puis de l'Espagne (30 %). L'échantillonnage des enquêtes en milieu scolaire peut être consulté dans le tableau statistique 3 ⁽¹⁵⁹⁾. La stricte comparabilité des données de ce tableau est limitée, car les États membres n'ont pas tous utilisé les mêmes méthodes d'enquête scolaire.

Chez les lycéens de 15 à 16 ans, en général, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis, d'inhalants, de tranquillisants et de sédatifs (sans prescription médicale) est plus élevée que l'usage de stimulants et de drogues hallucinogènes. Les lycéens ayant déjà consommé de la cocaïne et de l'héroïne sont relativement rares dans l'UE, avec une consommation de ces drogues au cours de la vie s'échelonnant entre 0 % et 4 % (tableau statistique 3).

La plupart des jeunes qui ont essayé le cannabis ont déjà expérimenté l'alcool et le tabac. Les jeunes qui consomment de l'ecstasy, des amphétamines, de la cocaïne et des hallucinogènes tendent à former un ensemble distinct et appartiennent à des groupes sociaux spécifiques. Les relations entre les différentes drogues consommées sont montrées dans le tableau 15 EL portant sur une enquête en milieu scolaire en Espagne (Observatorio español sobre drogas, 2002) ⁽¹⁶⁰⁾. Une des

⁽¹⁵⁴⁾ Terme anglais qualifiant «un document qui n'a pas été publié dans un journal revu par des pairs». Pour plus d'informations, voir le journal du réseau QED (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ À partir de réponses déclarant avoir été «ivre à la suite de la consommation de boissons alcoolisées».

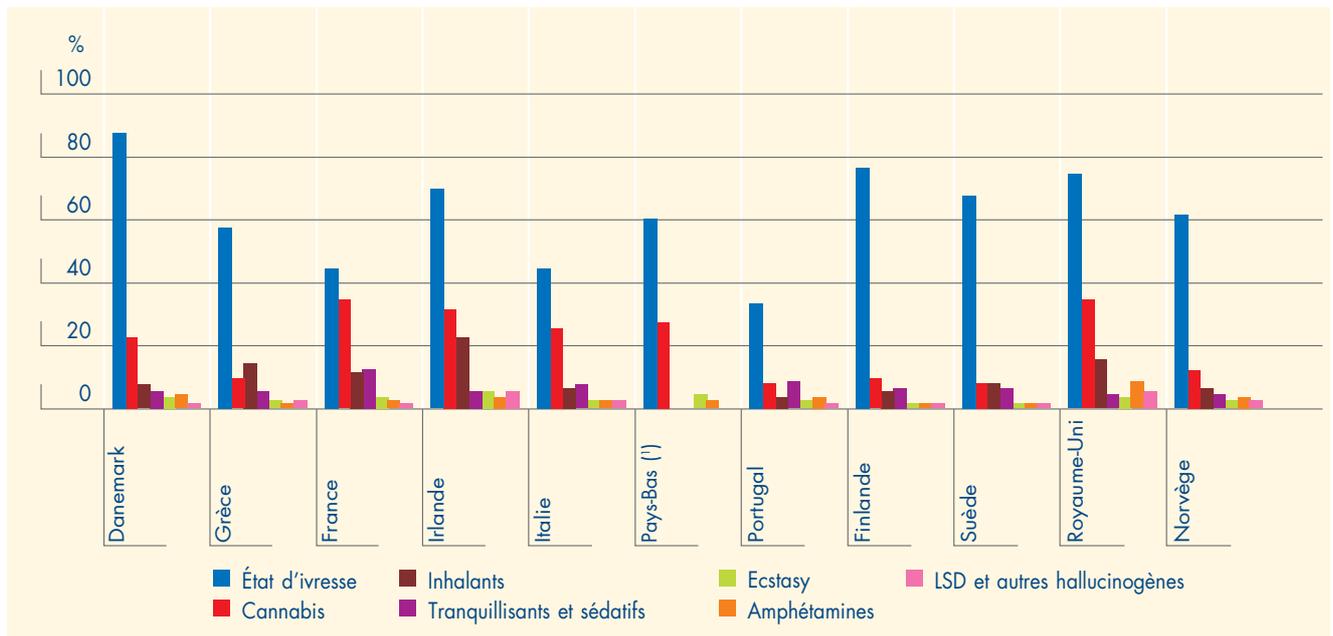
⁽¹⁵⁶⁾ Graphique 42 EL — Comparaison de la consommation excessive sporadique d'alcool avec l'usage du cannabis au cours des 30 dernières années.

⁽¹⁵⁷⁾ À partir de réponses déclarant avoir «pris une substance (colle, aérosols, etc.) pour se plonger dans un état d'euphorie».

⁽¹⁵⁸⁾ Tableau statistique 3 EL — Enquêtes scolaires: prévalence au cours de la vie chez les lycéens âgés de 15 à 16 ans.

⁽¹⁵⁹⁾ Tableau statistique 3 EL — Enquêtes scolaires: prévalence au cours de la vie chez les lycéens âgés de 15 à 16 ans.

⁽¹⁶⁰⁾ Voir le tableau 15 EL — Relation entre la consommation de différentes substances chez les jeunes scolaires espagnols (14-18 ans).

Graphique 19 — Prévalence au cours de la vie de l'état d'ivresse et de l'usage de substances illicites (lycéens de 15 à 16 ans)

(*) Comparabilité limitée.

Source: Projet d'enquête scolaire 1999 de l'ESPAD.

principales difficultés est de répondre à la complexité et aux particularités des différents modèles de consommation de drogue (Calafat et al., 1999; Parker et Eggington, 2002; Smit et al., 2002).

L'écart entre la consommation de drogues chez les hommes et chez les femmes — moins élevée chez ces dernières — est plus marqué parmi la population adulte que chez les lycéens. Cependant, concernant les lycéens, les pays dans lesquels les différences entre les sexes sont les plus nettes sont la Grèce, la France, l'Italie et le Portugal, à une exception près: la consommation de tranquillisants et de sédatifs sans prescription médicale ainsi que d'alcool combiné à des «comprimés» est généralement plus élevée chez les filles.

Les différences de prévalence existent également entre les régions au sein des États membres. En Allemagne, l'écart entre l'Est et l'Ouest se réduit plus rapidement chez les lycéens que chez les adultes. D'autres aspects de la prévalence de drogue, tels que la propagation du cannabis dans les zones rurales, sont identiques à ceux observés chez les populations plus âgées.

Attitudes

Les informations sur les attitudes vis-à-vis des différentes drogues peuvent contribuer à prévoir la future prévalence de la consommation de drogues. En 1999, la désapprobation du fait de s'enivrer une fois par semaine était très variable: relativement faible au Danemark (32 %), elle était élevée en Italie (80 %). La désapprobation de l'expérimentation du cannabis était moins variable; c'est en France qu'elle était la plus faible (42 %) et au Portugal (79 %) et en Suède (78 %) qu'elle était la plus élevée ⁽¹⁶¹⁾.

Les attitudes aident à prévoir les tendances, mais d'autres facteurs interviennent également. Dans tous les États membres, la désapprobation et les perceptions sur les «grands risques» liés à l'expérimentation de drogues telles que l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne étaient généralement très fortes chez les lycéens de 15 à 16 ans. La désapprobation de l'expérimentation de l'ecstasy s'échelonnait entre 71 % en Grèce et 90 % au Danemark.

Tendances

L'augmentation du niveau d'ivresse et de la consommation excessive sporadique d'alcool à des fins récréatives suscite des inquiétudes croissantes ⁽¹⁶²⁾. Entre 1995 et 1999, une nette augmentation de l'expérience de l'ivresse au cours de la vie a été relevée en Grèce et en Norvège (graphique 20). On ne dispose pas de données strictement comparables pour la consommation d'alcool dans les États membres qui ne participent pas aux enquêtes de l'ESPAD, mais les données sur les tendances en Allemagne (1973-2001) et en Espagne (1994-2000) montrent une récente diminution de la consommation d'alcool chez les jeunes (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002; Observatorio español sobre drogas, 2002). Mais cela peut également vouloir dire que la consommation globale diminue alors que la consommation excessive sporadique augmente.

Au cours des années 90, la prévalence de l'usage du cannabis au cours de la vie a augmenté à un tel niveau qu'on pourrait la qualifier de «très répandue» dans un certain nombre d'États membres. Toutefois, en 1999, on notait que la consommation de cannabis chez les jeunes en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni avait diminué. Cette évolution peut indiquer que la

⁽¹⁶¹⁾ Voir le graphique 43 EL — Pourcentage des lycéens de 15 à 16 ans qui désapprouvent le fait de s'enivrer comparé à l'expérimentation du cannabis et de l'ecstasy.

⁽¹⁶²⁾ Graphique 44 EL — Changements dans l'absorption de 5 boissons alcoolisées ou plus l'une après l'autre au cours des 30 dernières années.

prévalence a atteint un niveau de saturation dans ces pays, avec une tendance à une stabilisation autour de 30 %.

On note également des signes de stabilisation de la consommation d'ecstasy au cours de la vie à un niveau beaucoup plus faible que celui du cannabis. Dans le cas du Royaume-Uni, la baisse de la prévalence du cannabis et de l'ecstasy au cours de la vie s'est accompagnée d'une diminution de la disponibilité perçue ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ et d'une augmentation de la désapprobation ⁽¹⁶⁵⁾. En 1999, la proportion de lycéens qui percevaient un grand risque associé à l'expérimentation de l'ecstasy une fois ou deux était la plus élevée dans les deux États membres (l'Irlande et le Royaume-Uni) dans lesquels la prévalence de l'ecstasy au cours de la vie était également la plus élevée ⁽¹⁶⁶⁾ et où une large couverture médiatique était accordée à un nombre relativement faible de décès liés à l'ecstasy. La couverture médiatique, associée à une image de plus en plus négative, semble avoir influencé la baisse de la prévalence de la consommation d'ecstasy dans ces deux États membres.

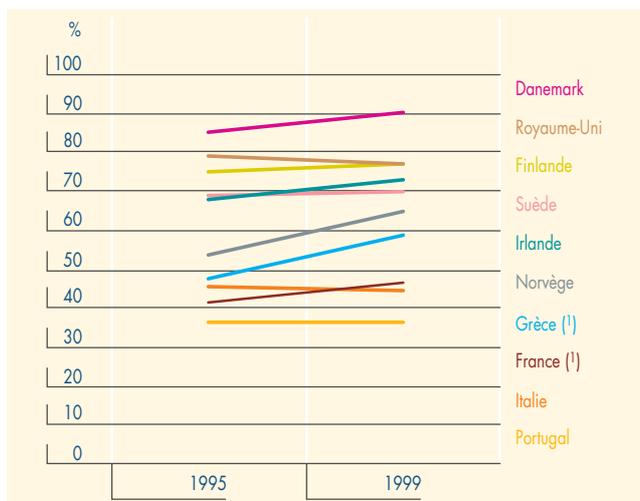
Les jeunes jugent leurs pairs d'après leur image, leur style et la possession de signes extérieurs de richesse. Ces symboles, qui peuvent comprendre les drogues, changent constamment. L'image négative actuelle des héroïnomanes et la grande accessibilité des autres drogues sont des facteurs importants influençant actuellement les jeunes dans le choix des substances (FitzGerald et al., 2003). D'après une analyse récente des paroles concernant la drogue dans la musique populaire de langue

anglaise depuis les années 60, les musiciens sont beaucoup plus nombreux aujourd'hui que par le passé à dénoncer les risques liés au cannabis ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

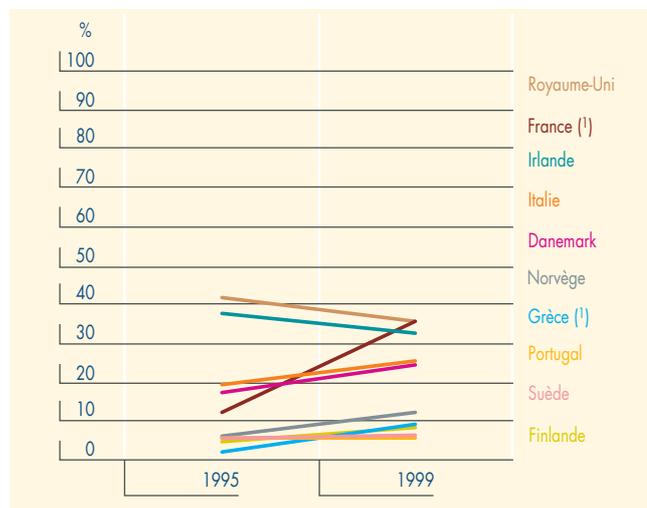
Les résultats d'une enquête récente portant sur 878 jeunes âgés de moins de 20 ans dans 10 villes de l'UE signalent une possible tendance de la culture dominante urbaine vers une baisse de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy et une hausse de l'usage de cocaïne. Cet échantillon n'était cependant pas suffisamment représentatif ou large pour en tirer des conclusions définitives. Cette étude a également révélé que les personnes interrogées dépensent plus d'argent pour l'alcool que pour les drogues ou toute autre catégorie de consommation de loisir, telle

Graphique 20 — Prévalence au cours de la vie de (A) l'état d'ivresse, (B) la consommation de cannabis et (C) l'usage d'ecstasy (lycéens de 15 à 16 ans)

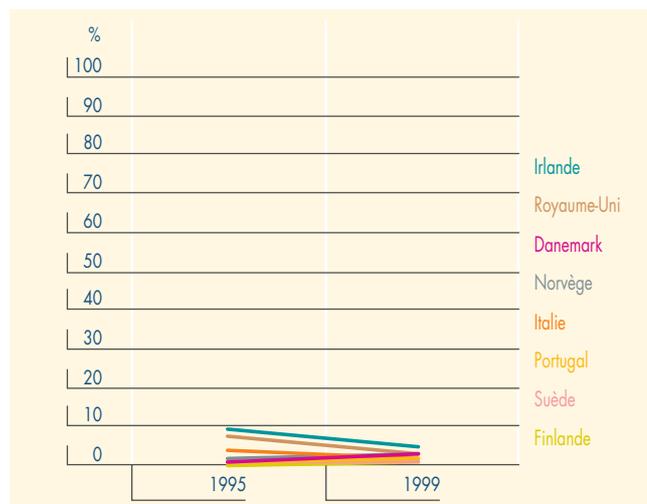
Graphique 20 (A) — État d'ivresse



Graphique 20 (B) — Consommation de cannabis



Graphique 20 (C) — Consommation d'ecstasy



(¹) Les données 1995 pour la Grèce et la France sont basées sur des enquêtes de 1993.

Source: Projet d'enquête en milieu scolaire de l'ESPAD (1995 et 1999).

⁽¹⁶³⁾ À partir de réponses déclarant que la drogue serait «très facile» ou «assez facile» à obtenir si on le souhaitait.

⁽¹⁶⁴⁾ Graphique 45 EL — Évolution de la disponibilité perçue (A) du cannabis et (B) de l'ecstasy.

⁽¹⁶⁵⁾ Graphique 46 EL — Évolution du pourcentage des 15-16 ans qui désapprouvent (A) le fait de s'enivrer une fois par semaine ou (B) l'expérimentation du cannabis une ou deux fois ou (C) l'expérimentation de l'ecstasy une ou deux fois.

⁽¹⁶⁶⁾ Graphique 47 EL — Pourcentage des lycéens de 15 à 16 ans qui perçoivent un «grand risque» associé à l'usage de l'ecstasy une ou deux fois et prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie.

⁽¹⁶⁷⁾ Graphique 48 EL — Pourcentage d'images positives dans la musique populaire contemporaine, années 60 à 90.

que l'entrée dans les discothèques, les clubs ou les cinémas, ou encore les téléphones portables et le tabac (Calafat et al., 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Presque tous les États membres de l'UE (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal et Royaume-Uni) ont fait état des inquiétudes croissantes que suscite l'augmentation éventuelle du marché de la cocaïne et de base/crack pour les jeunes usagers à problèmes. Des informations complémentaires sur les tendances de la disponibilité peuvent être consultées à la page 36.

Initiation, modèles et facteurs de risque

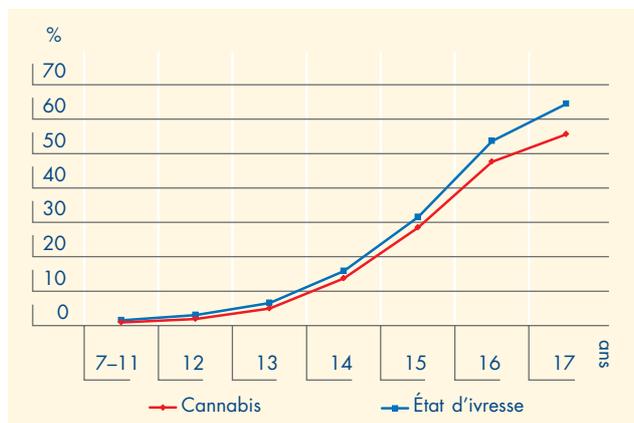
En général, la probabilité qu'un adolescent de 12 à 18 ans s'enivre ou se voie proposer du cannabis ou toute autre drogue illicite, ainsi que son empressement à essayer les drogues, augmente fortement avec l'âge. Cette tendance est illustrée ici par les données de l'enquête française Escapad (Beck, 2001). Le graphique 21 A montre que chez les garçons de 13 à 14 ans la proportion de ceux qui ont déjà été ivres était de 15,9 % et la proportion de ceux qui avaient déjà essayé le cannabis était de 13,8 %. Chez les 17-18 ans, ces pourcentages avaient augmenté pour atteindre 64,5 % et 55,7 % respectivement.

Dans une récente enquête auprès de la population des jeunes de l'UE, la «curiosité» était indiquée comme la principale raison de l'expérimentation des drogues (EORG, 2002). La majorité de ceux qui essaient les drogues ne continue pas à les consommer de manière régulière. Chez une minorité faible mais significative, la consommation se développe pour atteindre un usage intensif. Ce fait est illustré par le graphique 21 B, qui montre la répartition de la consommation de cannabis chez la population générale des jeunes de 18 ans en France. Les enquêtes en population générale montrent que la consommation de drogues illicites au cours de la vie est sensiblement plus élevée que la consommation récente ou actuelle ⁽¹⁶⁹⁾. Les informations comparables sur les modèles de consommation chez les usagers de drogues réguliers sont moins développées que dans le domaine de la recherche sur l'alcoolisme. Ce fait limite la compréhension des modèles de consommation des drogues, et, par conséquent, l'élaboration de solutions efficaces. Certains États membres recherchent actuellement des définitions de la «consommation problématique de cannabis», et il a été suggéré que les personnes qui ont consommé du cannabis à au moins 20 reprises au cours du mois précédent sont celles qui courent le plus de risques de développer un modèle de consommation problématique (Beck, 2001; rapport national néerlandais). D'après cette définition, aux Pays-Bas, une personne sur cinq ayant consommé du cannabis au cours du mois précédent peut être classée dans la catégorie «à risques». Selon le graphique 21 B, en France, 13,3 % des hommes de 18 ans entrent dans le groupe «à risques», contre seulement 3,6 % des jeunes filles du même âge.

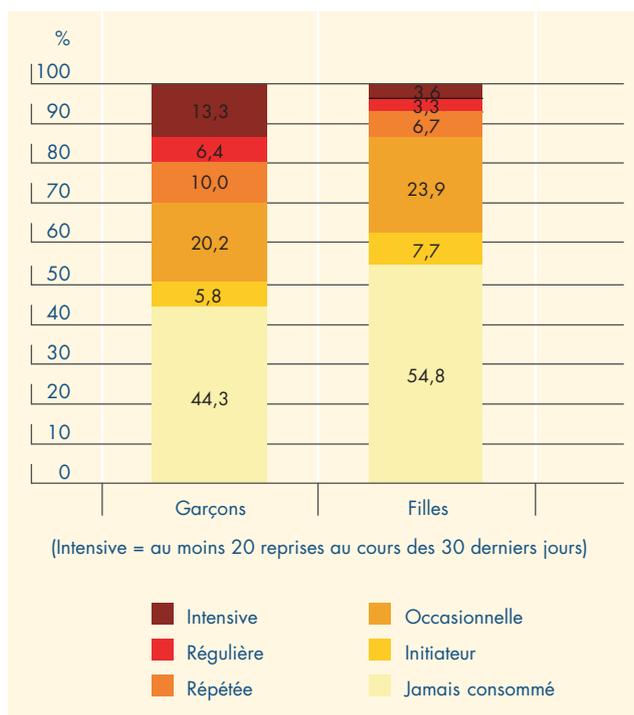
L'une des plus grandes craintes concernant la consommation expérimentale de cannabis est surtout liée à «l'effet

Graphique 21 — Consommation du cannabis chez les jeunes de 18 ans en 2001. (A) Âge de l'initiation à la consommation. (B) Niveau de consommation

Graphique 21 (A) — Âge de l'initiation à l'état d'ivresse et au cannabis chez les jeunes garçons de 18 ans en France en 2001



Graphique 21 (B) — Niveau de consommation de cannabis à l'âge de 18 ans en France en 2001



Sources: Escapad (2001), OFDT. Échantillon national représentatif.

d'entraînement» de cette drogue ⁽¹⁷⁰⁾. Toutefois, l'association entre la consommation de cannabis et d'autres substances illicites est complexe et ne peut être réduite à un simple modèle causal. Un autre modèle, celui du «facteur commun», démontre comment les corrélations entre l'usage du cannabis et celui des drogues dures

⁽¹⁶⁸⁾ Graphique 49 EL — Nombre d'euros dépensés chaque week-end par les 13-19 ans dans 10 villes de l'UE en 2001-2002.

⁽¹⁶⁹⁾ Voir le graphique 1 EL — Modèles de consommation du cannabis parmi la population en général — Consommation au cours de la vie comparée à la consommation actuelle (30 derniers jours), enquête nationale de prévalence (sur l'usage de drogues) 2001 (Pays-Bas).

⁽¹⁷⁰⁾ Cela est fondé sur l'hypothèse que l'usage du cannabis en lui-même augmente le risque d'être initié aux drogues dures.

sont dues à une série de facteurs de risque communs, notamment la vulnérabilité et l'accès aux drogues ainsi que la propension à les consommer. Des résultats d'études de cohortes montrent que la consommation de drogues illicites est rarement le premier signe de difficultés chez les adolescents. La consommation d'alcool, un comportement asocial, l'absentéisme scolaire et la délinquance surviennent souvent à un plus jeune âge que la consommation de cannabis⁽¹⁷¹⁾. Les adolescents consomment rarement des substances illicites sans être exposés de façon concomitante à d'autres usagers de drogues illicites et pensent que les avantages potentiels de la consommation compensent les coûts potentiels (Engineer et al., 2003). Les signes de «l'effet d'entraînement» peuvent s'expliquer par le fait que le cannabis met les usagers en contact avec un marché illicite, augmentant ainsi l'accès aux autres drogues illicites et rendant acceptable l'utilisation d'autres drogues illicites (Grant et Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir et Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker et Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington et Clapp, 2002).

Aux Pays-Bas, une étude sur les jeunes menée en 1999 a révélé que la majorité des usagers de cannabis achetait celui-ci à des amis (46 %) et dans les *coffee shops* (37 %) (De Zwart et al., 2000).

L'identification d'une série de facteurs de risque qui influencent à la fois l'initiation et le développement de la consommation de drogues chez une population adolescente extrêmement hétérogène est une démarche qui commence à gagner de l'ampleur. Ces facteurs s'étendent sur un continuum allant de l'individu à la communauté en passant par des facteurs macroenvironnementaux et sont probablement différents pour la consommation festive et la consommation problématique de drogues.

Facteurs de risque

Des enquêtes ciblées ont montré que des groupes particuliers de jeunes présentent des niveaux de consommation de drogue beaucoup plus élevés que ceux présentés par la population nationale en général. Il s'agit souvent de jeunes gens qui ont été exclus du système scolaire ou ont pratiqué l'absentéisme, ont commis un délit, sont sans domicile fixe ou ont fugué, et de ceux dont les frères et sœurs sont usagers de drogues (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden et Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). L'enquête du Royaume-Uni sur le mode de vie des jeunes en 1998/1999 a révélé que la prévalence de la consommation de drogues était sensiblement plus élevée chez ces groupes vulnérables⁽¹⁷²⁾. La taille de ces groupes au niveau national indique que les enquêtes actuelles en milieu scolaire sous-estiment la prévalence de la drogue en omettant d'identifier les populations d'adolescents à risques qui ne se trouvent pas en milieu scolaire. Les données comparables sur les «groupes vulnérables» de jeunes gens au niveau de l'UE sont rares à ce jour. Les jeunes qui sortent le soir dans des lieux de danse particuliers constituent un autre groupe vulnérable. Il existe de

nombreux documents sur la relation entre des cultures de jeunes spécifiques et la drogue, dont les plus récents concernent l'expansion de la consommation d'ecstasy (MDMA) (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). Dans les lieux de danse «techno», la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie varie entre 12,5 % (Athènes) et 85 % (Londres), contre une prévalence au cours de la vie de 1 % (Grèce) à 8 % (Royaume-Uni) parmi la population générale des jeunes adultes (OEDT, 2002a).

Communauté

Ces dernières années, on a accordé une attention accrue aux déterminants sociaux, économiques et culturels, notamment à l'environnement matériel (Spooner et al., 2001; Lupton et al., 2002). Les problèmes de toxicomanie sont souvent concentrés dans des zones géographiques et des lieux d'habitation déterminés. Par exemple, le rapport national irlandais mentionne que les enfants, dans le cadre de groupes thématiques, relaient des rencontres avec des usagers de drogues et faisaient des références occasionnelles à la présence sur les escaliers et les balcons d'attirail utilisé par les toxicomanes. Les parents vivant dans ces quartiers étaient extrêmement inquiets en raison du haut niveau d'exposition de leur enfant aux drogues (O'Higgins, 1999).

Décès et urgences hospitalières

Les décès liés à la drogue et à l'alcool chez les moins de 20 ans sont relativement rares. Cependant, au cours des années 90, le nombre de décès liés à la drogue chez les jeunes dans l'UE a globalement augmenté de façon constante. Au total, 3 103 décès ont été enregistrés chez les jeunes citoyens de l'UE entre 1990 et 2000⁽¹⁷³⁾. Le nombre d'années perdues comparable pour le décès d'un jeune est plus élevé que pour une personne plus âgée lorsque l'on calcule les années d'espérance de vie perdues⁽¹⁷⁴⁾. Des informations détaillées sur les décès liés à la drogue peuvent être consultées aux pages 28-32. Le Royaume-Uni est le seul État membre à signaler des décès spécifiquement liés à l'inhalation de substances volatiles. Sur une période de 18 ans, 1 707 décès spécifiquement liés à ce phénomène sont survenus. La majorité de ces décès concernait des personnes de 15 à 19 ans (Field-Smith et al., 2002). Malgré l'attention médiatique accordée aux décès liés à l'ecstasy, les inhalants constituent probablement un risque sanitaire plus important pour les adolescents que d'autres formes de l'usage de drogues.

Dans l'Union européenne, il n'existe pas de collecte régulière de données sur les urgences hospitalières liées à la toxicomanie en raison de la nature dissimulée de l'usage de drogues illicites, de la consommation d'alcool en association avec d'autres drogues et du manque d'analyses toxicologiques (Tait et al., 2002). Les rares données dont on dispose indiquent que dans certains États membres, l'alcool représente un fardeau plus lourd pour les services de santé que la consommation de drogues illicites. Selon des estimations de l'OMS, l'alcool est la cause de 10 à 11 % de

⁽¹⁷¹⁾ Graphique 50 EL — Pourcentage des lycéens de 15 à 16 ans qui se sont enivrés ou ont expérimenté le cannabis à l'âge de 13 ans ou plus jeunes.

⁽¹⁷²⁾ Graphique 51 EL — Comparaison de l'usage de drogues chez les groupes vulnérables.

⁽¹⁷³⁾ Graphique 52 EL — Décès directement liés à la drogue signalés dans l'UE parmi les jeunes de moins de 20 ans.

⁽¹⁷⁴⁾ Actuellement, l'espérance de vie moyenne en UE est de 75 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes.

l'ensemble des maladies et des décès survenant chaque année dans les pays développés (Rehn et al., 2001). Par exemple, une étude danoise réalisée en 2001 auprès des jeunes a révélé que moins de jeunes de 17 ans déclaraient avoir été hospitalisés pour des problèmes liés à la drogue qu'ils ne l'avaient été pour des problèmes liés à l'alcool (rapport national danois). En Irlande, une étude régionale sur les annotations des dossiers hospitaliers sur une période de 3 mois a révélé que près de l'ensemble des 55 admissions hospitalières concernant des jeunes de 10 à 18 ans étaient liées à l'alcool seul ou à des autoempoisonnements délibérés (Mid-Western Health Board, 2002; mentionné dans le rapport annuel irlandais).

Réponses juridiques et recommandations

Dans presque tous les États membres, la disponibilité de l'alcool est contrôlée au moyen d'un monopole de l'État ou d'un système de licences. Des tentatives pour contrôler l'accès des jeunes à l'alcool ont été menées dans la plupart des États membres de l'UE par l'application de restrictions d'âge (habituellement 16 ou 18 ans) à la vente d'alcool à emporter et à consommer sur place. Les restrictions d'âge introduites par le Portugal sont relativement récentes, datant de janvier 2002. Les restrictions à la publicité pour l'alcool varient d'une interdiction complète à l'absence de restrictions, en passant par des codes publicitaires volontaires (Rehn et al., 2001; Bye, 2002). Au Royaume-Uni, la vente de recharges de briquet aux moins de 18 ans a été restreinte par les règlements (de sécurité) de 1999 sur les recharges de briquet (Field-Smith et al., 2002). On estime que cette législation ainsi que les campagnes d'information à l'intention des parents ont entraîné une diminution des décès. Il existe des différences dans la législation, et la pratique est peu connue. En Allemagne, on relève un exemple d'une nouvelle initiative visant à traiter les questions relevant de la pratique: le pays a récemment introduit la loi sur le «jus de pomme», en vertu de laquelle les bars doivent proposer au moins une boisson non alcoolisée moins chère que le moins cher des alcools (rapports nationaux allemands et néerlandais). Au Royaume-Uni, un nouveau programme est en train d'être lancé par les détaillants, avec le soutien du gouvernement, pour fournir un «passeport» spécial aux jeunes clients afin de contribuer à faire appliquer les restrictions d'âge sur l'achat d'alcool et de substances volatiles (BBC News).

Ces dernières années, les Pays-Bas ont introduit ou augmenté les contrôles dans les *coffee shops*, et ceux vendant du cannabis près des écoles ont été fermés. Les moins de 18 ans n'ont pas l'autorisation d'acheter du cannabis. La publicité pour les produits à base de cannabis est interdite, et récemment les contrôles plus stricts des *coffee shops* ont permis de réduire considérablement le nombre de clients de moins de 18 ans (rapport national néerlandais). À Copenhague, au Danemark, la police a fermé environ 50 clubs de cannabis depuis qu'une loi interdisant l'accès de visiteurs à certains locaux est entrée en vigueur (rapport national danois).

En Irlande et au Royaume-Uni, des initiatives ont été prises récemment pour combattre les difficultés liées à la drogue et à

l'alcool chez les jeunes. Par exemple, en Irlande, la loi sur les enfants (1999) place le contrôle des enfants sous la responsabilité des parents. Les sanctions pour les parents comprennent le traitement de leur propre toxicomanie et la formation aux compétences parentales. Les enfants qui sont considérés comme livrés à eux-mêmes peuvent être soumis à des couvre-feux nocturnes. En Irlande encore, deux initiatives nationales d'ordre public sont opérées par la police. L'opération Oïche est axée sur la consommation d'alcool et l'usage de drogues illicites par des mineurs, ainsi que sur la vente d'alcool aux mineurs. L'opération Encounter, quant à elle, est concentrée sur les conduites asociales dans la rue et dans les débits de boissons, les discothèques et les lieux de restauration rapide. Pour plus de détails sur les réponses juridiques, voir en page 42.

Un large éventail de besoins et de réponses

Un des principaux objectifs de l'UE dans la lutte contre l'abus de drogue et d'alcool est d'effectuer des interventions appropriées afin d'atteindre une efficacité optimale. L'action principale est axée sur cinq grands groupes cibles qui se recoupent parfois, déterminés aux fins des stratégies d'intervention: 1) les jeunes d'âge scolaire; 2) les jeunes usagers de drogues à des fins expérimentales et récréatives; 3) les jeunes vivant dans des zones défavorisées; 4) les jeunes délinquants et 5) les jeunes ayant besoin d'un traitement de la toxicomanie ⁽¹⁷⁵⁾.

Les jeunes d'âge scolaire

La prévention dans les écoles est l'action généralement utilisée pour cette cible. Des détails sur ces interventions sont consultables en p. 44.

Au niveau de la politique scolaire, plusieurs États membres ont émis des recommandations sur la façon de réagir face aux incidents liés à la drogue et aux élèves usagers de drogues. En France, la politique est essentiellement axée sur «les points de référence pour la prévention des comportements à risques dans les écoles» et la résolution des problèmes par le biais de conseils ciblés. Les efforts sont centrés sur la formation professionnelle du personnel scolaire afin de gérer les comportements déviants des jeunes. En Allemagne et en Autriche, les programmes «STEP-by-STEP» ⁽¹⁷⁶⁾ aident les enseignants à identifier les élèves usagers de drogues et à intervenir auprès d'eux. En Norvège, un manuel a été publié à cet effet.

Le service consultatif de prévention de la toxicomanie au Royaume-Uni a évalué un programme de prévention de la toxicomanie à l'intention des jeunes exclus du système scolaire et a conclu que les programmes de lutte contre la drogue sont tout à fait nécessaires, mais que les brèves périodes d'éducation à la lutte contre la toxicomanie sont insuffisantes. Une grande partie des jeunes ciblés par le programme consommaient déjà des drogues, ce qui implique que les programmes devraient être mis en œuvre à un âge plus précoce et devraient clairement identifier et traiter les problèmes. Le nouveau cadre national pour la prévention du Portugal prévoit d'affecter 400 000 euros à un programme scolaire alternatif et à la formation professionnelle précoce pour les jeunes

⁽¹⁷⁵⁾ Graphique 53 EL — Prévention sélective — Cibles des interventions.

⁽¹⁷⁶⁾ Voir EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36).

ayant abandonné l'école. Presque toutes les communautés autonomes espagnoles ont déjà mis en place de tels programmes. En Grèce, les interventions précoces s'adressent aux usagers de drogues adolescents et à leurs familles (thérapie familiale), ainsi qu'aux adolescents ayant des problèmes avec la justice.

Les jeunes usagers de drogues à des fins expérimentales et récréatives dans la communauté

On reconnaît de plus en plus les risques potentiels liés à la consommation d'alcool et de drogues illicites chez une proportion réduite mais significative de la population des jeunes. Pour une action plus efficace, il est important de cibler les catégories vulnérables de jeunes qui consomment de l'alcool et expérimentent les drogues à des fins récréatives tout en étant inconscients ou incapables de maîtriser les risques liés à leur mode de consommation des substances (surdoses, accidents, comportements délinquants, violence, perte des capacités d'étude ou de travail, maladies infectieuses sexuellement transmissibles ou dommages sanitaires à long terme au foie/au cerveau, etc.) (Boys et al., 1999; Parker et Egginton, 2002). L'évolution des modèles de consommation de l'alcool et des drogues à des fins récréatives est de plus en plus préoccupante au sein de l'UE, en particulier en raison des risques sanitaires pour les femmes. Les lieux de divertissement tels que les bars, les discothèques, les clubs de sport et les clubs de jeunes semblent être des endroits adaptés pour la prévention de la toxicomanie, car ils garantissent un contact avec un grand nombre de jeunes, dont beaucoup consomment des drogues ou risquent de le faire⁽¹⁷⁷⁾. On relève un besoin urgent de documentation méthodologique et d'évaluation approfondie des interventions dans ce cadre.

En France, en 2001, au moins 30 % des départements avaient pris des mesures préventives ou fournissaient des services de premiers secours lors des soirées dansantes. Dans l'une des zones relevant d'un service de santé régional en Irlande, le projet «The sound decisions» («Les bonnes décisions»)⁽¹⁷⁸⁾ s'adresse au personnel et aux clients des discothèques. Cependant, au Luxembourg, il n'existe pas de cadre juridique pour les interventions des organismes de lutte contre la drogue.

Des cours de formation aux premiers secours pour les formateurs en cas d'accidents liés à la toxicomanie dans les lieux de divertissement sont organisés aux Pays-Bas.

L'initiative néerlandaise «Going out and drugs» (les sorties et la drogue) comprend des interventions dans différents lieux extrascolaires où les jeunes consomment des drogues, tels que les *coffee shops*, les discothèques, les soirées et les clubs, ainsi que les lieux dans lesquels les grandes manifestations musicales sont organisées.

Plusieurs projets abordent les usagers de drogues dans le cadre de manifestations musicales pour réduire les risques de

consommation de drogues licites et illicites. Parfois, l'équipe chargée du projet se déplace dans les différentes manifestations en mobile home, un système qui permet d'obtenir une atmosphère calme pour prodiguer des conseils informels. Des centres d'appel ou des sites web spéciaux⁽¹⁷⁹⁾ complètent ces dispositifs.

Une vue d'ensemble et analyse d'exemples de prévention dans les lieux festifs a été élaborée dans le cadre des projets de l'EDDRA⁽¹⁸⁰⁾. Une description des projets et des politiques actuelles est fournie dans une série de tableaux en ligne⁽¹⁸¹⁾.

Selon une étude récente financée par la Commission, les services de conseils spécifiques sur le terrain et les interventions de contrôles de pilules sur site lors des soirées «raves» sont efficaces, car ils touchent des jeunes qui, bien qu'ils consomment régulièrement des drogues, ne se considèrent pas comme des toxicomanes et ne contacteraient pas les services officiels d'aide aux toxicomanes. L'étude a également révélé que le contrôle des pilules n'est pas en contradiction avec les interventions de prévention axées sur l'abstinence⁽¹⁸²⁾. En Autriche et en Espagne, ces procédures se sont récemment développées, tandis qu'aux Pays-Bas, elles sont limitées aux services ayant des normes élevées de précision méthodologique.

Une autre série d'interventions portent sur des groupes de pairs et d'autoassistance, des alternatives à l'usage de drogue, telles que des informations et une assistance psychosociale ainsi que la participation à des activités culturelles ou sportives (par exemple des camps de vacances estivaux en Grèce). En Espagne, des programmes de loisir alternatifs sont proposés depuis quelques années dans l'ensemble du pays.

Au Danemark, en Norvège et en Suède, les «corbeaux de nuit» sont des adultes bénévoles qui patrouillent dans les rues du centre-ville pendant les soirées et les nuits de week-end. Leur mission est d'être visibles et disponibles pour les jeunes. Le principe repose sur l'idée que leur présence réduira les risques de violence et de nuisances.

Les jeunes des quartiers défavorisés

En Suède, la commission de la toxicomanie a entrepris une revue de la littérature de recherche sur les solutions préventives (Narkotikakommissionen, 2000) et a conclu que trois types d'initiatives sont nécessaires: des initiatives spécifiques ciblant les personnes les plus pauvres, des initiatives générales d'amélioration de la santé publique et des initiatives visant à aider les familles vulnérables.

L'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni sont les seuls États membres qui identifient des zones particulières en vue d'y proposer des programmes spéciaux. En Irlande, le Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) (Fonds pour les services et les structures destinées à la jeunesse) vise à attirer les jeunes «à

⁽¹⁷⁷⁾ Graphique 54 EL — Prévention sur des groupes cibles dans des lieux de divertissement.

⁽¹⁷⁸⁾ Voir http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Voir <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Voir http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Tableau 16 EL — Principaux paramètres quantitatifs de la prévention dans les lieux de divertissement; tableau 17 EL — Travail de proximité/prévention dans les lieux de divertissement; et le tableau 18 EL — Vue d'ensemble des politiques et des cadres de travail de proximité/de prévention dans les lieux de divertissement.

⁽¹⁸²⁾ Voir http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

risques» des zones défavorisées vers les structures et les activités qui les détournent des dangers de la toxicomanie. Au Royaume-Uni, «Positive Futures» opère dans 57 zones défavorisées pour détourner les jeunes vulnérables des drogues et de la criminalité par la participation à des activités sportives. Les premiers résultats sont encourageants; ils montrent une réduction de l'activité criminelle et de l'absentéisme et une meilleure sensibilisation de la communauté. Les zones d'action sanitaire (Health Action Zones, HAZ) sont des partenariats interorganismes situés dans certaines zones parmi les plus défavorisées d'Angleterre, et leur but est de s'attaquer aux inégalités en matière de santé par le biais de programmes de modernisation des soins de santé et de l'aide sociale, afin de couvrir une grande partie des jeunes vulnérables considérés comme étant «à risques» en termes d'abus de drogues (130 projets et initiatives dans les 26 HAZ). «Connexions» est un service de conseil et d'assistance du Royaume-Uni à l'intention des jeunes de 13 à 19 ans, qui comprend l'identification des jeunes à risques et leur orientation vers des services spécialisés d'aide aux toxicomanes. Vingt-sept partenariats étaient opérationnels en 2002, et 20 devraient être lancés d'ici à 2003.

Au Royaume-Uni, l'ensemble des Drug Action Teams (DAT) («Équipes d'action antidrogue») a réalisé une évaluation des besoins des jeunes en 2001 et doit, par le biais des Young People Substances Misuses Plans (YPSMPS) («Plans sur l'abus de substances par les jeunes»), planifier des services destinés aux jeunes qui vont des services de prévention universelle aux services de traitement pour abus de substances et sont basés sur les besoins locaux.

En Autriche, des centres mobiles s'adressant aux jeunes dans la rue travaillent en étroite collaboration avec les autres organisations d'aide concernées pour fournir une assistance aux adolescents et aux jeunes adultes usagers de drogues à un stade précoce. L'augmentation future de la couverture géographique de ces centres est envisagée⁽¹⁸³⁾.

En Finlande, les Walkers youth cafés⁽¹⁸⁴⁾ (cafés de jeunes) fournissent des interventions précoces et opèrent actuellement dans 24 localités. Les bénévoles adultes formés, assistés par des professionnels travaillant avec les jeunes, jouent un rôle important. Un effort a été fait pour développer ces cafés dans des lieux de rencontre sans risque. De même, en Irlande, dans l'une des zones relevant du service de santé régional, un café a été ouvert en vue de proposer des conseils sanitaires aux jeunes dans un but à la fois de prévention et d'accès direct aux services de santé.

En Norvège, la plupart des grandes municipalités disposent de services de proximité. Leurs objectifs comprennent diverses interventions de prévention à l'intention des préadolescents et des jeunes ainsi que des conseils et une orientation vers les services d'assistance et de traitement.

Les jeunes délinquants

Certains États membres proposent des programmes ciblés d'assistance, de formation et de proximité pour les jeunes à risques tels que les jeunes délinquants. Le principal impact de

certaines de ces initiatives a été la réduction du nombre de jeunes écopant de condamnations pénales.

Les interventions offrent une alternative aux stratégies de répression et de sanction, dans le but de réduire ou d'éviter le risque que les jeunes ne deviennent des délinquants à vie avec des conséquences irréversibles. Au Royaume-Uni, les Youth Offending Teams (YOT, équipes d'aide aux jeunes délinquants) sont composées de professionnels dans le domaine de la drogue qui évaluent la toxicomanie des jeunes délinquants et, le cas échéant, proposent des interventions pour prévenir la poursuite de la consommation de drogues. Le projet luxembourgeois «MSF-Solidarité jeunes» fonctionne de manière similaire en collaboration directe avec les juges des enfants et les acteurs compétents en matière de répression.

Le projet FRED en Allemagne a pour objectif des interventions précoces avec des usagers de drogues déclarés pour la première fois⁽¹⁸⁵⁾. Des projets de répression finnois fonctionnent selon les mêmes principes.

Les jeunes ayant besoin d'un traitement

La demande de traitement de la toxicomanie est un indicateur significatif de la dépendance et du besoin de drogues. En 2001, dans l'UE, les jeunes de moins de 20 ans représentaient un peu moins de 10 % de la demande totale déclarée en matière de traitement spécialisé de la toxicomanie. Plus de la moitié de ces jeunes étaient sous traitement pour le cannabis en tant que drogue de consommation principale. Près d'un quart étaient traités pour des problèmes liés aux opiacés, et le reste était divisé de façon égale entre les traitements pour l'usage de cocaïne et ceux qui concernaient d'autres drogues stimulantes. Toutefois, il existe des différences entre les pays, par exemple, l'Irlande traite une proportion de jeunes plus importante que tout autre pays de l'UE. Le traitement des moins de 18 ans est compliqué par des questions d'accord parental et des inquiétudes sur la prescription de drogues de substitution en l'absence de recherches suffisantes sur les effets de ces drogues dans cette tranche d'âge. La plupart des jeunes sous traitement ayant de graves problèmes de toxicomanie fréquentent les lieux de traitement ordinaires.

Des services de traitement spécialisés ont été créés dans certains pays. Par exemple, aux Pays-Bas, il existe une petite clinique pour les 13-18 ans. En Finlande, l'accent est porté sur une séquence de traitement psychosocial intensif et soutenu, avec un traitement obligatoire en établissement. D'après les informations de 1999, il y avait six unités de traitement pour les jeunes toxicomanes, pour un total de 40 lits. En outre, des maisons de redressement disposaient de trois unités spécialisées dans le traitement de la toxicomanie, pour un total de 23 lits. Au Luxembourg, il existe un centre spécialisé, dont 43 % des patients ont moins de 16 ans. En Grèce, les interventions précoces sont destinées aux usagers de drogues adolescents et à leur famille (thérapie familiale) aussi bien qu'aux adolescents ayant des problèmes avec la justice.

⁽¹⁸³⁾ Voir «Auftrieb» sur http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Voir http://www.aseanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/.

⁽¹⁸⁵⁾ Voir EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

En Suède, les jeunes de 12 à 21 ans présentant de graves difficultés psychosociales souvent associées à des éléments de comportement délinquant et à l'usage de substances psychoactives, peuvent être placés dans des établissements de traitement sans leur consentement. Les méthodes de traitement comprennent la thérapie environnementale, la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie cognitive comportementale et, pour la toxicomanie, la méthode en 12 étapes. En remplacement de la prison, les jeunes délinquants seront pris en charge dans le cadre d'un traitement de soins pour la jeunesse en établissement fermé ⁽¹⁸⁶⁾ en vertu de la loi sur les soins destinés à la jeunesse (dispositions spéciales). Pour plus d'informations sur les solutions en matière de traitement, voir en page 49.

Exclusion sociale et réinsertion

Définitions et concepts

D'après la dernière enquête sur la précarité et l'intégration sociales ⁽¹⁸⁷⁾, la proportion de la population européenne à risques en termes de pauvreté et d'exclusion sociale varie entre 9 et 22 % (Conseil européen, 2001). Les personnes considérées comme étant socialement exclues sont celles qui «ne peuvent participer pleinement à la vie économique, sociale et citoyenne et/ou dont l'accès à un revenu et à d'autres ressources (personnelles, familiales, sociales et culturelles) est inadapté au point qu'elles ne peuvent bénéficier d'une qualité et d'un niveau de vie considérés comme acceptables par la société dans laquelle elles vivent» (Gallie et Paugam, 2002).

L'exclusion sociale peut ainsi être définie comme la conjonction d'un manque de ressources économiques, d'un isolement social et d'un accès limité aux droits sociaux et civiques. Il s'agit d'un concept relatif au sein de toute société déterminée (CEIES, 1999) qui représente une accumulation progressive de facteurs sociaux et économiques au cours du temps. Les facteurs qui peuvent contribuer à l'exclusion sociale sont les difficultés liées à l'emploi, à l'éducation et au niveau de vie, à la santé, à la nationalité, à l'abus de drogues, aux différences entre les sexes et à la violence (Conseil européen, 2001; rapports nationaux, 2002).

L'usage de drogues peut être considéré soit comme une conséquence, soit comme une cause d'exclusion sociale (Carpentier, 2002): la consommation de drogue peut entraîner une détérioration des conditions de vie, mais d'un autre côté, les processus de marginalisation sociale peuvent constituer une raison pour commencer à se droguer. Néanmoins, la relation entre la toxicomanie et l'exclusion sociale n'est pas nécessairement une relation causale, car l'exclusion sociale «ne s'applique pas à tous les consommateurs de drogues» (Tomas, 2001).

En tenant compte de cette complexité, on peut analyser à la fois la consommation de drogues chez les populations socialement exclues et l'exclusion sociale chez les toxicomanes (graphique 22).

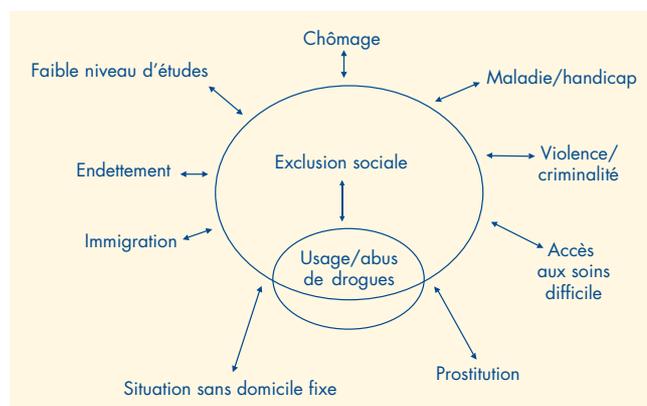
Modèles de consommation de drogues et conséquences observées chez les personnes socialement exclues

D'après les ouvrages et les travaux de recherche sur le sujet, les populations suivantes sont généralement considérées comme étant en danger d'exclusion sociale: les détenus, les immigrants ⁽¹⁸⁸⁾, les sans-abri, les prostitués et les jeunes vulnérables. Il convient de tenir compte des distorsions et des limites méthodologiques des informations présentées sur l'usage et les modèles de consommation de drogues chez les groupes socialement exclus, en raison du manque de sources d'information et de données comparables dans toute l'Europe.

Les études ont montré une relation étroite entre l'incarcération et la consommation de drogues (voir également p. 34). Une grande partie des détenus étaient des consommateurs de drogues avant d'être incarcérés, et le motif de leur incarcération est souvent lié à l'usage de drogues. Cependant, certains suivent un parcours inverse et commencent à se droguer seulement après leur entrée en prison à la suite d'un délit. D'après des études, entre 3 et 26 % des usagers de drogues dans les prisons européennes commencent à se droguer en prison, et entre 0,4 et 21 % des UDVI incarcérés commencent à s'injecter des drogues au cours de leur séjour en prison. L'usage de drogues au sein de la prison est très courant: jusqu'à 54 % des détenus déclarent consommer des drogues pendant leur incarcération, et jusqu'à 34 % d'entre eux déclarent s'injecter des drogues en prison (Stoever, 2001; OEDT, 2002a).

La relation entre «les Noirs et les minorités ethniques» et l'usage de drogue est moins évidente, étant donné le peu d'informations dont on dispose. Il n'existe aucune donnée scientifique prouvant que la consommation de drogues est plus élevée chez les immigrants que dans la population générale. Cependant, certaines études portant sur des minorités ethniques déterminées ont révélé une proportion d'usagers de drogues à problèmes

Graphique 22 — Relation entre l'exclusion sociale et l'usage de drogues



⁽¹⁸⁶⁾ Voir <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Eurobaromètre 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_fr.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Selon l'OEDT (2002b), les immigrants sont définis comme «les Noirs et les minorités ethniques» et comprennent des populations immigrantes provenant de diverses communautés vivant dans les pays de l'UE.

parmi ces groupes supérieure à celle existant dans la population générale: c'est le cas parmi les Inghers en Finlande (dont 1 à 2 % sont des toxicomanes, notamment des héroïnomanes), les Kurdes en Allemagne, les Gitans en Espagne et plusieurs groupes ethniques aux Pays-Bas (Vrieling et al., 2000) (189).

La raison de ce fait pourrait être une combinaison de facteurs de handicap social, par exemple un manque de maîtrise de la langue locale, des difficultés liées au chômage et au logement, des conditions de vie difficiles et un manque de ressources économiques (rapports nationaux 2002).

Concernant les modèles de consommation de drogues, on relève des différences entre les groupes ethniques. L'usage du khat est signalé uniquement chez les populations somaliennes et les Noirs africains, tandis que l'héroïne est fumée par les immigrants du Suriname et du Bangladesh. Par ailleurs, chez les Gitans d'Espagne, la consommation de drogues semble débuter à un âge plus précoce (2 ou 3 ans plus jeune) que dans la population autochtone (Eland et Rigter, 2001; Reinking et al., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

D'après les rapports, les personnes sans domicile fixe sont également plus exposées au risque de consommation de drogues. Bien que l'on ne dispose pas de données comparables dans l'ensemble de l'Europe sur la relation entre le fait d'être sans abri et l'usage de drogues, des études spécifiques ont été menées dans de nombreux pays et l'usage de drogues est signalé comme un problème fréquent chez les sans-abri (rapports nationaux, 2002). Le Danemark, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni signalent qu'une proportion allant jusqu'à 80 % des sans-abri vivant dans des foyers d'hébergement est toxicomane; et les taux de prévalence sont encore plus élevés chez les personnes vivant dans la rue ou les sans-abri ayant d'autres problèmes sociaux. Par exemple, selon une petite enquête réalisée en Irlande, 67 % des ex-détenus sans domicile fixe sont des toxicomanes (Hickey, 2002). Chez les sans-abri, l'héroïne est la drogue la plus fréquemment utilisée, devant la cocaïne et la polytoxicomanie. D'autres comportements à risques, tels que la consommation de drogues par voie d'injection et le partage des seringues, sont également signalés comme étant élevés chez les sans-abri (190).

Chez les jeunes gens vulnérables, on signale une consommation de drogues fréquente; une forte prévalence a été relevée chez les enfants qui ont connu des difficultés familiales, sociales ou scolaires. Une forte prévalence de l'usage de drogues a été enregistrée chez les enfants de toxicomanes: les taux de consommation de drogues au cours de la vie chez les enfants dont les parents ont consommé des drogues au cours de l'année précédente sont sensiblement plus élevés que ceux du groupe «non

vulnérable» (prévalence au cours de la vie de 37-49 % contre 29-39 % chez les enfants de parents non consommateurs) (191). D'après plusieurs études, les enfants qui ont souffert de maltraitance sexuelle ou physique au sein de leur famille présentent un risque plus élevé de consommer des drogues une fois adultes (Liebschutz et al., 2002). Au Portugal, les jeunes victimes de maltraitance et de violence familiales seraient sept fois plus exposés au risque de consommer de l'héroïne que les jeunes dans la population générale (Lourenço et Carvalho, 2002). Au Royaume-Uni, les «jeunes fugueurs» (192) semblent être plus exposés au risque de toxicomanie. Les taux de consommation de drogues au cours de la vie sont 2 à 8 fois supérieurs à ceux des jeunes qui n'ont jamais fugué. Les drogues les plus utilisées sont le crack, l'héroïne et les solvants. Les difficultés scolaires sont un autre facteur de risque de consommation de drogues: une forte prévalence de l'usage de drogues est relevée chez les enfants qui ne fréquentent pas l'école (Amossé et al., 2001), chez ceux qui fréquentent des maisons de redressement (40 % des écoliers fréquentant ces maisons de redressement en Finlande ont eu un problème de dépendance à un moment donné, chez 16 % d'entre eux cette dépendance était liée aux drogues) (Lehto-Salo et al., 2002) et chez ceux qui présentent un faible niveau scolaire (13,5 % en Norvège) (Vestel et al., 1997).

Chez les prostitués, l'usage de drogues est souvent la motivation de l'acte de prostitution, mais peut également en être une conséquence (comme c'est le cas pour d'autres facteurs liés à l'usage de drogues). Les modèles de consommation de drogues varient selon que la prostitution est survenue avant ou après la toxicomanie. D'après une étude qualitative italienne portant sur les prostitués de rue, lorsque ceux-ci commencent à se droguer afin de résoudre des difficultés liées à la prostitution, ils consomment principalement de l'alcool, des tranquillisants ou d'autres médicaments psychoactifs; en revanche, lorsque la toxicomanie est la première motivation de la prostitution, l'héroïne est la principale drogue utilisée (Calderone et al., 2001).

Les résultats de recherches ou les données sur les autres groupes socialement exclus sont plus difficiles à obtenir; le Danemark signale que parmi les patients des services psychiatriques, 50 à 60 % sont des toxicomanes, probablement en raison de la grande disponibilité des drogues et du fait que ces patients ont l'habitude de prendre des médicaments psychoactifs (rapport national, 2002).

Relation entre l'exclusion sociale et l'usage de drogues

On dispose de données plus fournies sur la situation sociale de la population sous traitement. Les facteurs socio-économiques liés à l'usage de drogues sont les suivants: un faible niveau d'études, une sortie précoce du système scolaire et un abandon précoce de

(189) Tableau 19 EL — Répartition des problèmes de dépendance primaire (alcool, héroïne, cocaïne, cannabis et jeux d'argent) aux Pays-Bas chez les immigrants et les autochtones.

(190) D'après le ministère de l'intérieur britannique, au Royaume-Uni, plus d'un tiers des sans-abri ont consommé de l'héroïne et un cinquième ont consommé du crack par injection. Au cours du mois précédent, plus de 10 % sont susceptibles d'avoir utilisé la seringue de quelqu'un d'autre ou d'avoir transmis à d'autres leur propre seringue (Carlen, 1996; Goulden et Sondhi, 2001).

(191) D'après une enquête menée en Angleterre et au pays de Galles en 1998-1999 sur un échantillon de 4 848 jeunes gens (Goulden et Sondhi, 2001).

(192) D'après l'unité contre l'exclusion sociale du cabinet du Premier ministre adjoint britannique, un «jeune fugueur» est défini comme «un enfant ou un adolescent de moins de 18 ans qui passe sans permission une nuit ou plus hors de son domicile familial ou de son foyer, ou qui a été contraint de partir par ses parents ou les personnes chargées de l'élever» (unité contre l'exclusion sociale, 2002).

la scolarité, le chômage, une faible rémunération et un travail difficile; de faibles revenus et l'endettement, la précarité du logement et la situation de sans-abri, la mortalité et les maladies liées à la drogue, un accès réduit aux soins, et la stigmatisation sociale (tableau 5).

On note des différences importantes dans la situation sociale des consommateurs de drogues en fonction de la substance et des modèles de consommation de drogues. Les situations sociales les plus difficiles sont relevées chez les héroïnomanes et les usagers d'opiacés ainsi que chez les toxicomanes chroniques.

Quarante-sept pour cent de l'ensemble des patients sous traitement en 2001 ne sont jamais allés à l'école ou n'ont achevé que leur scolarité primaire; des taux élevés de sortie précoce du système et d'abandon sont également fréquents chez les usagers de drogues. On relève des différences en fonction de la drogue principale consommée et selon les pays ⁽¹⁹³⁾: ce sont les consommateurs d'opiacés (en particulier les héroïnomanes) qui présentent le plus bas niveau d'études (rapports nationaux 2002).

En raison de la précarité de leur situation sociale, les usagers de drogues rencontrent également des difficultés liées à leur situation professionnelle; leur taux de chômage est très élevé en comparaison de celui de la population générale [47,4 % chez les patients sous traitement pour toxicomanie contre 8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ dans la population générale]; il est difficile pour eux de trouver un

emploi et il est rare que les toxicomanes conservent longtemps un poste ou progressent dans une carrière (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. La précarité de l'emploi pouvant entraîner des problèmes financiers, les toxicomanes ont fréquemment un revenu faible ou ne disposent d'aucune ressource financière (32 à 77 % des patients sous traitement survivent grâce aux aides sociales). L'endettement est également fréquent.

Les conditions de vie des usagers de drogues sont souvent réputées très modestes: 10,4 % des patients vivent dans un logement précaire et 7,5 % dans un établissement. Par ailleurs, bon nombre de pays signalent une forte proportion de sans-abri (jusqu'à 29 %) chez les toxicomanes ⁽¹⁹⁶⁾.

Concernant la nationalité, les caractéristiques sont le reflet de la structure de la population générale ⁽¹⁹⁷⁾: les patients sont principalement des ressortissants du pays où ils sont admis en traitement, et le nombre de patients provenant d'autres pays (européens ou non) correspond à la proportion d'étrangers dans la population générale. Cependant, il est bon de rappeler que dans certains pays il n'est pas permis d'enregistrer la nationalité/l'origine ethnique des patients; par conséquent, ces informations ne sont pas toujours disponibles.

Outre les conséquences directes des drogues sur la santé (voir p. 24 et 28), les usagers de drogues peuvent trouver difficile d'accéder aux soins en raison d'une répugnance à traiter avec les services ou d'un faible niveau d'études, d'un manque d'acceptation de la part des services médicaux généraux et de problèmes de santé spécifiques pour lesquels on ne dispose pas toujours de soins appropriés.

Enfin, les usagers de drogues souffrent d'une image sociale négative et peuvent être confrontés à l'hostilité de la population générale et des autorités. D'après une étude menée dans une prison de Vienne, il arrive que les usagers de drogues soient victimes de violences et de mauvais traitements de la part des agents de police ou d'autres fonctionnaires (Waidner, 1999).

Réinsertion sociale

Des mesures de lutte contre l'exclusion sociale chez les groupes connaissant ou non des problèmes de toxicomanie et contre les conséquences sociales de la consommation et de l'abus de drogues sont proposées dans les pays européens et en Norvège.

Sur le fondement de la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) (Conseil de l'Union européenne, 2000) et d'une étude spécifique sur la réinsertion sociale dans l'UE et en Norvège (OEDT, 2003b), la réinsertion sociale pourrait être définie comme «tout effort d'intégration pour les toxicomanes dans la communauté».

Les interventions de réinsertion sociale s'adressent à la fois aux usagers de drogues à problèmes actuels et anciens, couvrant une

Tableau 5 — Situation sociale (niveau scolaire, situation professionnelle, logement) des patients sous traitement dans les États membres de l'UE en 2001

Situation sociale		Usagers de drogues sous traitement (% valable) ⁽¹⁾
Niveau d'études (n = 98 688)	N'a jamais fréquenté l'école/ n'a pas achevé le cycle primaire	8,0
	Primaire	43,6
Situation professionnelle (n = 100 000)	Chômeur	47,4
	Économiquement inactif	9,6
Logement (n = 41 299)	Logement précaire	10,4
	Établissements	7,5

⁽¹⁾ Les pourcentages sont calculés sur le nombre total de cas signalés dans chaque catégorie; le total additionné n'est pas égal à 100 %, étant donné que seules les valeurs qui présentent un intérêt pour ce chapitre ont été rapportées (n'a jamais fréquenté l'école, chômeur, etc.); pour consulter les chiffres complets, voir le graphique 55 EL — Niveau d'études de l'ensemble des patients par pays; le graphique 56 EL — Situation professionnelle de l'ensemble des patients par pays; et le graphique 57 EL — Conditions de vie de l'ensemble des patients par pays.

Sources: Rapports nationaux Reitox — Données IDT de 2001.

⁽¹⁹³⁾ Graphique 55 EL — Niveau d'études de l'ensemble des patients par pays.

⁽¹⁹⁴⁾ Moyenne des taux de chômage dans les 15 États membres (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Graphique 56 EL — Situation professionnelle de l'ensemble des patients par pays.

⁽¹⁹⁶⁾ Graphique 57 EL — Conditions de vie de l'ensemble des patients par pays.

⁽¹⁹⁷⁾ Graphique 58 EL — Nationalité des patients par pays.

gamme d'usagers allant des anciens toxicomanes «sobres» au bon fonctionnement aux toxicomanes de rue très défavorisés en passant par les patients sous traitement à long terme par la méthadone. Ces interventions ne comprennent pas obligatoirement une composante de traitement, qu'il soit médical ou psychosocial. Cela implique également que la réinsertion sociale n'a pas nécessairement lieu après le traitement, mais peut intervenir indépendamment ou avant le traitement, en tant que dernière étape du processus de traitement ou en tant qu'intervention distincte et indépendante post-traitement effectuée par des services non traitants avec leurs propres moyens et leurs propres objectifs. Les services de réinsertion sociale ne s'adressent pas exclusivement aux usagers de drogues illicites à problèmes; ils peuvent s'adresser à tous les types de personnes dépendantes (y compris celles qui sont dépendantes de l'alcool et des drogues licites) ou même à tous les groupes socialement exclus (par exemple les sans-abri).

Il est impossible d'obtenir une vue d'ensemble quantitative des mesures de réinsertion sociale dans les États membres de l'UE, étant donné que le terme de «réinsertion sociale» n'est pas utilisé partout avec la même acception. Bien que différents services puissent exister parallèlement, il existe habituellement au niveau national des «modes de prestation» généraux pour l'insertion sociale:

- ciblant tous les groupes exclus avec ou sans problèmes de dépendance;
- ciblant toutes les personnes connaissant des problèmes de dépendance en général;
- ciblant explicitement et exclusivement les usagers de drogues illicites à problèmes (graphique 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Il est difficile de quantifier la disponibilité des services de réinsertion sociale et d'évaluer l'adéquation des prestations de services, même si le nombre de structures semble, de toute évidence, insuffisant. Par exemple, l'Allemagne estime ses besoins en matière de réinsertion sociale à environ 25 000 centres, alors qu'elle en dispose de 4 000 environ. Un projet d'emploi en Autriche a enregistré deux fois plus de demandes que de places et a dû refuser 15 personnes par jour en moyenne.

Les interventions de réinsertion sociale se répartissent en trois catégories: l'éducation (qui comprend la formation), le logement et l'emploi.

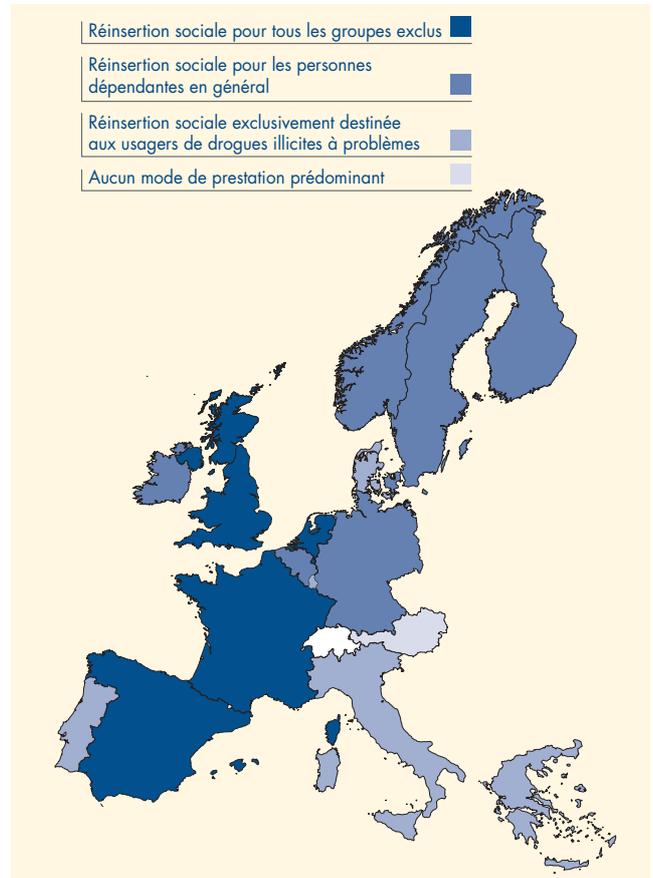
Beaucoup de toxicomanes possèdent un faible niveau d'études, et bon nombre de rapports nationaux décrivent une faible présence des usagers de drogues à problèmes sur le marché du travail [Grèce (Kavounidi, 1996), Danemark (Stauffacher, 1998), Pays-Bas (Uunk et Vrooman, 2001)]. Par conséquent, les interventions visant à développer les compétences intellectuelles, techniques ou pratiques amélioreraient les chances des usagers sur le marché du travail.

Les mesures en faveur de l'emploi peuvent prendre diverses formes, par exemple une assistance financière aux entreprises qui emploient un usager de drogues à un poste ouvert à la

concurrence, comme le mentionne la Grèce dans son rapport. D'autres mesures comprennent la mise en place de services de placement, tels que le Vienna Job Exchange en Autriche, ou une assistance à la création d'entreprise pour les usagers, apportée également en Grèce ainsi qu'en Espagne dans le cadre du programme pour l'emploi «Promotion de l'emploi indépendant» (ce type d'intervention peut également être classé dans la catégorie «éducation/formation»).

Enfin, la fourniture d'un logement ou l'aide à la recherche de logement vise à apporter une certaine stabilité dans la vie des usagers. L'offre d'un logement peut constituer une intervention en soi mais sera souvent accompagnée d'une assistance psychosociale et d'une certaine surveillance. Le centre Haus am Seespitz au Tyrol est un exemple de soins psychosociaux parallèles: il s'agit d'un groupe ouvert de postcure qui se réunit dans des structures de logement. En Belgique, les Habitations protégées fournissent à la fois un logement et des soins psychiatriques. D'après des recherches menées en Irlande [rapport national irlandais (Hickey, 2002)], parmi les anciens détenus, 79 % des femmes et 76 % des hommes ont déclaré que la recherche d'un logement décent constituait leur principale difficulté et la raison de leur exclusion sociale, ce qui souligne l'importance du logement en tant qu'intervention de réinsertion sociale.

Graphique 23 — Principaux modes de prestation pour la réinsertion sociale des usagers de drogues à problèmes dans l'UE et en Norvège



Sources: Rapports nationaux Reitox.

⁽¹⁹⁸⁾ Pour plus d'informations approfondies et des vues d'ensemble par pays, voir l'étude *Social reintegration in the European Union and Norway* (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Les dépenses publiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogue ⁽¹⁹⁹⁾

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 Pampidou.

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 ⁽²⁰⁰⁾. 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 ⁽²⁰¹⁾, seules quelques études ont été menées dans le but de quantifier les ressources publiques affectées aux problèmes de toxicomanie dans l'UE ⁽²⁰²⁾. 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 ⁽²⁰³⁾.

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 ⁽²⁰⁴⁾, 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

⁽¹⁹⁹⁾ 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.

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

⁽²⁰¹⁾ 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.

⁽²⁰²⁾ Belgique (2003), Luxembourg (2002), Royaume-Uni (2002). Pour plus de références, voir http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ 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.

⁽²⁰⁴⁾ 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.

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⁽²⁰⁵⁾. 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

⁽²⁰⁵⁾ 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); MILDT (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 ⁽²⁰⁶⁾ 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.

⁽²⁰⁶⁾ 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.





Références

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000). *Reducing Drug-related Deaths*. Rapport de l'Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office, Londres.
- Adalbjarnardottir, S. et Rafnsson, F. D. (2002). *Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses*. *Addictive Behaviours* 27: 227-40.
- Amossé, T., Doussin, A., Fizardon, J.-M., et al. (2001). *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1999, série Résultats, Biblio n° 1355. Credes, Paris.
- Université Aristote de Thessalonique (2000). Rapport d'évaluation du programme Leonardo da Vinci: évaluation des besoins et des méthodes de formation professionnelle des jeunes délinquants et des adolescents à risques — Orestis. Université Aristote de Thessalonique, Thessalonique.
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997). *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung*. Bulletin n° 3, 27 janvier 1997.
- Bargagli et al. (2002), «Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)», *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 4 (1), p. 5-12.
- BBC News World Edition (2003), ID cards for teenagers launched, Wednesday 22 January 2003.
- Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., et al. (2000). Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993-1999. *Tendances* 6: 6.
- Beck, F. (2001). *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*. Escapad, OFDT, Paris.
- Beck, F., Legleye, S., et Perreti-Wattel, P. (2002). Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP). Consultable à l'adresse <http://www.drogues.gouv.fr>. OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Paris.
- Bennett, T. (2000). *Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme*. Research Study 205. Home Office, Londres.
- Bird, S. M. et Rotily, M. (2002). *Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons*. *The Howard Journal*, 41, No. 2.
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., et al. (1999). *What influences young people's use of drugs? a qualitative study of decision-making*. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).
- Brochu, S. (1999). *Drogue et criminalité une relation complexe*. Les Presses de l'université, Montréal.
- Brook, D. W., et al. (2002). *Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders*. *Archives of General Psychiatry* 59, 1039-44.
- Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., et al. (2002). *Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration*. *Addiction* 97, 319-27.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002). *Drug Affinity Among Young People in the Federal Republic of Germany 2001*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Cologne.
- Buster, M. (2002). *What can we learn from literature?* Dans: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (eds) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities*. A joint project of the cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main, Part II: Annexe, p. 97-107. Service de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Oslo.
- Bye, E. K. (2002). *Alcohol and Drugs in Norway, Statistikk '02*. Institut norvégien pour la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, Oslo.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., et al. (1999). *Night Life in Europe and Recreative Drug Use*. Irefrea et Commission européenne, Valence.
- Calafat, A., et al. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*.
- Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S., et Montanari, L. (2001). *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitativa sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna*. Rapport de recherche, Bologne.
- Carlen, P. (1996). *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness*. Open University Press: Milton Keynes, Royaume-Uni.
- Carpentier, C. (2002). *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators*. Document de travail. OEDT, Lisbonne.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999). *Social Exclusion Statistics*, Actes de conférence, conférence conjointe, 22 novembre 1999. Imac Research: Esher, Royaume-Uni.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002). *Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials*. Rapport de van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., et al., Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, Utrecht.
- Commonwealth d'Australie (2002). *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, Commonwealth d'Australie.
- Conseil de l'Union européenne (2000). *Plan d'action européen en matière de drogue (2000-2004)* (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml).
- De Zwart, W. M., Monshouwer, K., et Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dettmer, K. (2002). *First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone*. Rapport sur une étude pilote par Fixpunkt e. V., Berlin. Document présenté lors de la réunion d'experts de l'OEDT «Prévention et gestion des surdoses», Lisbonne, 24-25 octobre 2002.
- DrugScope (2000). *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities*. DrugScope, Londres.

- Eland, A. et Rigter, H. (2001). *Immigrants and Drug Treatment*. Étude contextuelle. Bureau National Drug Monitor: Utrecht.
- OEDT (2002a) Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège. OEDT, Lisbonne.
- OEDT (2002b) *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities*. Rapport scientifique de l'OEDT. OEDT, Lisbonne.
- OEDT (2002c) *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, novembre 2002. (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf).
- OEDT (2003a) *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders*. Rapport 2003 de réunion d'experts. OEDT, Lisbonne.
- OEDT (2003b) *Social reintegration in the EU and Norway*, http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf.
- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. et Nicholls, J. (2003). *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18-24 Year Olds*. Home Office Research Study n°. 262. Home Office, Londres.
- EORG (European Opinion Research Group) (2002). «Les attitudes et opinions des jeunes citoyens de l'Union européenne par rapport aux drogues», (2002). Eurobaromètre 57.2/Eurobaromètre spécial 172. Rapport à la direction générale pour la justice et les affaires intérieures. EORG, Bruxelles.
- ESPAD (European School Surveys Project) (2001). *Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries*, B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, et al., the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, décembre 2000.
- Conseil européen (2001). Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au Comité des régions. *Projet de rapport conjoint sur l'inclusion sociale* [COM(2001) 565 final], disponible sur l'internet: http://europa.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm (en anglais).
- Expert Group on The Probation and Welfare Services (1999).
- Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., et al. (1996). *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union*. Bruxelles, Commission européenne.
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., et al. (2000). *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*. OEDT, Lisbonne.
- Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., et al. (2001). *Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie*, «118» Modena Soccorso, nel 1997. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo*, Anno XXIV 2001, n° 2.
- Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., et al. (2002). *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances. 1971-2000*. Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiologial Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School, Londres (<http://www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm>).
- FitzGerald, M., Stockdale, J. et Hale, C. (2003). *Young People and Street Crime*. Youth Justice Board for England and Wales, Londres.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002). *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas*. Fundación Secretariado General Gitano, Madrid.
- Gallie, D. et Paugam, S. (2002). *Social Precarity and Social Integration*. Eurobaromètre 56.1. Rapport à la Commission européenne, direction générale de l'emploi. EORG, Bruxelles.
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. et Culyer, A. (2002). *The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000*. Home Office Research Study 249. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Londres.
- Goulden C. et Sondhi, A. (2001). *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey*. Home Office Research Study 228, Londres.
- Grant, B. F. et Dawson, D. A. (1997). *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. *Journal of Substance Abuse* 9: 103-10.
- Griffiths, C. (2003). Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997-2001. *Health Statistics Quarterly*, 17 (Spring 2003): 65-71.
- Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., et al. (1997). *Insights: New Trends in Synthetic Drugs*. OEDT, Lisbonne.
- Hammersley, R., Marsland, L. et Reid, M. (2003). *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*. Home Office Research Study 261. Home Office, Londres.
- Hannon, F., Kelleher, C. et Friel, S. (2000). *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population*. Government Publications, Dublin.
- Hansen, W. (1992). *School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990*. *Health Education Research* 7: 403-30.
- Hariga, F., Goosdeel, A., et Raedemaker, A. F. (1998). *Opération boule de neige sida, hépatites, overdoses*. Carnets du Risque 15. Modus Vivendi, Bruxelles.
- Hickey, C. (2002). *Crime and Homelessness*. Focus Ireland and PACE, Dublin.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J. et Kaldor, J. M. (1997). *Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection*. *Lancet* 349: 1797-800.
- Kavounidi, T. (1996). *Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas*. Dans: *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (éd. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti et E. Fronimou), p. 47-96. Athènes, EKKE.
- Kopp, P. et Fenoglio, P. (2003). *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s — Retrospective Research*. OEDT, Lisbonne.
- Kraus, L. et Püschel, K. (eds) (2002). *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*. Lambertus, Fribourg, Allemagne.
- Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Mattunen, M., et al. (2002). *POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa — Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma. Aiheita 16*. Stakes, Helsinki.
- Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., et al. (2001). «Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. À propos du rôle des traitements de substitution», *Annales de médecine interne* 152 (suppl. au n° 3), IS5-12.

- Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., et al. (2002). *The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22: 121-8.
- Lloyd, C. (1998). *Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups*. *Drugs, Education, Prevention and Policy* 5 (3).
- Lourenço, N. et Carvalho, M. (2002). *Jovens delinquentes e drogas: Espaços e trajetórias*. Lisbon (rapport non publié)
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., et al. (2002). *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods*. Home Office Research Study 240. Home Office, Londres.
- Markert, J. (2001). *Sing a song of drug use-abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties*. *Sociological Inquiry* 71: 194-220.
- Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., et al. (2002). *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers — Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor — Jaarbericht 2002*, WODC, la Haye.
- Millar, D., O'Dwyer, K. et Finnegan, M. (1998). *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey*. Rapport de recherche N° 7/98. Garda Research Unit, Tipperary, Irlande.
- Mol, A. et van Vlaanderen, J. L. (2002). *Ontwikkeling van de Cocaine hulpvraag; Periode 1994-2000; Het lijntje doorgetrokken*. Houten, Stichting. Informatievoorziening Zorg (IVZ)
- Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., et al. (2002). *L'usage de drogues en Communauté française*, rapport Communauté française, 1999-2000. Ministère de la Communauté française, Bruxelles.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F. et Paddock, S. M. (2002). *Reassessing the marijuana gateway effect*. *Addiction* 97, 1493-504.
- Narkotikakommissionen (2000). *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete*. *Diskussionspromemoria nr 12*. Narkotikakommissionen, Socialdepartementet, Stockholm.
- Rapports nationaux (2002). *Rapports nationaux Reitox*.
- ODCPP (2000). *Demand Reduction, A Glossary of Terms*. ODCPP, New York.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2002). *Informe No. 5*, Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Higgins, K. (1999). *Social order problems*. Dans *Social Housing in Ireland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (Fahey, T. ed.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency, Dublin (Mentionné dans le rapport national irlandais).
- Origer, A. (1999). *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg*. Point Focal OEDT – CRP-Santé: Luxembourg.
- Origer, A. (2002). *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, Séries de recherche n°. 4. Point focal OEDT Luxembourg – CRP-Santé.
- Origer, A., et Delucci, H. (2002). *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992-2000)*. Séries de recherche n° 3. Point Focal OEDT Luxembourg-CRP Santé, Luxembourg.
- Paglia, A. et Room, R. (1999). *Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations*. *Journal of Primary Prevention* 20: 3-50.
- Pant, A. et Detmer, K. (2002). *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht*. Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität, Berlin.
- Parker, H. et Egginton, R. (2002). *Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms*. *International Journal of Drug Policy* 13: 419-32.
- Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., et al. (1998). *Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors*. *Substance Use & Misuse* 33: 2561-604.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. et Schreckenberger, D. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149*. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Postma, M. J., Wiessing, L. G. et Jager, J. C. (2001). *Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union*. *UN Bulletin on Narcotics* 53: 79-89.
- Pudney, S. (2002). *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain*. Home Office Research Study 253. Home Office, Londres.
- Rehn, N., Room, R. et Edwards, G. (2001). *L'alcool dans la région européenne: consommation, méfaits et politiques*. OMS, bureau régional de l'Europe, Copenhague.
- Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., et al. (2002). *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main*. Services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie de la municipalité d'Oslo, Oslo.
- Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., et al. (2001). *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Seaman, S., Brettell, R. et Gore, S. (1998). *Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study*. *British Medical Journal* 316: 426-8.
- Shillington, A. M. et Clapp, J. D. (2002). *Beer and bongos: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use*. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 28, 379-97.
- Single, E., et al. (2001). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, 2^e édition.
- Skolverket (2000). *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverket, Stockholm.
- Social Exclusion Unit (2002). *Young Runaways*. British Office of the Deputy Prime Minister, Londres (<http://www.jrf.org.uk/home.asp>).
- Spooner, C., Hall, W. et Lynskey, M. (2001). *Structural Determinants of Youth Drug Use*. Australian National Council on Drugs, Woden, Australie.
- Sporer, A. (2003). *Strategies for preventing heroin overdose*. *British Medical Journal* 326, 442-4.

- Springer, A., Uhl, A., et al. (1999). *Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen*. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Vienne (Mentionné dans le rapport national autrichien).
- Stauffacher, M. (1998). *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996*. Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- Stephenson, J. (2001). *Former addicts face barriers to treatment for VHC*. *Journal of the American Medical Association* 285, 1003-5.
- Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., et al. (2003). *QCT Europe: Literature Review Summary*. University of Kent, Canterbury, Royaume-Uni.
- Stoeber, H. (2001). *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: An Overview Study*, rapport scientifique de l'OEDT. OEDT, Lisbonne et Londres.
- Swadi, H. (1999). *Individual risk factors for adolescent substance use*. *Drug and Alcohol Dependence* 55, 209-24.
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I. et Sprivilis, P. (2002). *Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs*. *Addiction* 97, 1269-75.
- Tobler, N. (2001). «Prevention is a two-way process», *Drug and Alcohol Findings*, No. 5, p. 25-7. The Findings Partnership, Londres.
- Tomas, B. (2001). *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen — Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise — Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?*, p. 56-64. Verein Dialog, Vienne.
- Uunk, W. J. G. et Vrooman, J. C. (2001). *Sociale uitsluiting*. In *Armoedemonitor 2001*, p. 139-62. SCP/CBS, La Haye.
- Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A., et Ionescu, S. (1997). *La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes*. *Psychologie française* n° 3, p. 60-255.
- Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M., et Zomerveld, R. (1999). *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*. Parnassia Addiction Research Centre (PARC), La Haye.
- Vestel, V., Bakken, A., Geir, H. et Moshuus Tormod, Ø. (1997). *Ungdomskultur og narkotikabruk*. *NOVA Temahefte* 1/97.
- Villalbi, J. R., et Brugal, M. T. (1999). *Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias*. *Medicina Clinica (Barcelona)* 112: 736-7.
- Vrieling, I., Van Alem, V. C. M., et Van de Mheen, H. (2000). *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998*. IVV/IVO, Houten/Rotterdam.
- Waidner, G. (1999). *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Vienne (thèse non publiée).
- Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. et Hall, W. (2001). *Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions*. Rapport du National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.
- OMS (1998). *Opioid Overdose: Trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organisation mondiale de la santé, programme sur l'abus de drogues, division de la santé mentale et de la prévention de l'abus de drogues, Genève.
- Wiessing, L. (2001). *The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved*, *Eurosurveillance Weekly*, numéro 31 (www.eurosurv.org/2001/010802.htm).





Points focaux Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Danmark

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN
Tél. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tél. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Elláda

University of Mental Health Research Institute
Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 Athens
Manina TERZIDOU
Tél. (302-10) 653 69 02
Fax (302-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/ Ana Andrés BALLESTEROS
Tél. (34-91) 537 27 25/26 86
Fax (34-91) 537 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tél. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e degli Affari sociali, dipartimento delle
politiche sociali e Previdenziali, direzione generale per le
tossicodipendenze e l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. B
I-00187 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tél. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland

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

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Sabine HAAS
Tél. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência
Av. João Crisostomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA
Tél. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 21 310 41 90
E-mail: Fernando.Negrão@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland

Sosiaali ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus
PO BOX 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tél. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige

Statens folkhälsoinstitut
(Office: Olof Palmes gata, 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETERSSON
Tél. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-mail: Bertil.Petersson@fhi.se

United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tél. (44-20) 79 72 51 21
Fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des
affaires intérieures — Unité coordination de la lutte
antidrogue
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU
Tél. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
NO-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
NO-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tél. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: odd@sirus.no

Pour accéder aux points focaux des pays adhérents et candidats:

http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 2003: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2003 — 82 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-160-1

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

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

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

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

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

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

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

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

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

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

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

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

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

Mundi Prensa Libros, SA

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

FRANCE

Journal officiel

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

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

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

ITALIA

Licosa SpA

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

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL

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

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

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

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

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

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

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

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

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

SVERIGE

BTJ AB

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

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

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

ISLAND

Bokabud Larusar Blöndal

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

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

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

BÄLGARIJA

Euopress Euromedia Ltd

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

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

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

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

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

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

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

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

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

MALTA

Miller Distributors Ltd

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

NORGE

Swets Blackwell AS

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

POLSKA

Ars Polona

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

ROMÂNIA

Euromedia

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

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

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

SLOVENIJA

GV Zalozba

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

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

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

ARGENTINA

World Publications SA

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

AUSTRALIA

Hunter Publications

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

BRESIL

Livraria Camões

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

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

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

Renouf Publishing Co. Ltd

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

EGYPT

The Middle East Observer

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

MALAYSIA

EBIC Malaysia

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

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

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

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

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

SOUTH KOREA

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

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

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

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

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

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

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

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

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

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

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

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'une des agences décentralisées de l'Union européenne. Créé en 1993 et basé à Lisbonne, il constitue la source centrale d'informations détaillées sur les drogues et les toxicomanies en Europe.

L'OEDT recueille, analyse et diffuse des informations objectives, fiables et comparables sur le phénomène des drogues et des toxicomanies. Ce faisant, il fournit aux publics intéressés un tableau factuel du phénomène de la drogue au niveau européen.

Les publications de l'Observatoire constituent une source d'informations de grande valeur pour une large audience, y compris les responsables politiques et leurs conseillers; les professionnels et les chercheurs qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie; et, plus généralement, les médias et le grand public.

Le rapport annuel présente la synthèse annuelle de l'OEDT sur le phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE et la Norvège, et constitue un ouvrage de référence essentiel pour tous ceux qui souhaitent disposer des toutes dernières informations sur les drogues en Europe. Cette publication imprimée est complétée par une version en ligne plus détaillée disponible à l'adresse: <http://annualreport.emcdda.eu.int>.



Office des publications

Publications.eu.int

ISBN 92-9168-160-1



9 789291 681600