

2001

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

Notice légale

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

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur Internet via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

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

Une fiche bibliographique figure à la fin de cette publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2001

ISBN 92-9168-115-6

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2001
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Belgium



O . E . D . T .

Observatoire européen
des drogues et des toxicomanies

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tél. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Internet: <http://www.emcdda.org>

Sommaire

Préface	5
Remerciements	6
CHAPITRE 1	7
L'offre et la demande de drogues	7
Consommation de drogues	7
Usage de drogues dans la population en général	7
Consommation problématique de drogues	11
Conséquences de la consommation de drogues sur la santé	14
Demande de traitement	14
Maladies infectieuses liées à la drogue	16
Décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues	17
Indicateurs de répression	20
«Arrestations» pour infractions liées à la drogue	21
Usagers de drogues en prison	21
Indicateurs du marché de la drogue: saisies, prix, degré de pureté	22
Héroïne	22
Cocaïne	23
Drogues synthétiques: amphétamines, ecstasy et LSD	23
Cannabis	24
CHAPITRE 2	25
Réponses à la consommation de drogues	25
Réponses politiques et stratégiques	25
Au niveau européen	25
Au niveau national — Stratégies antidrogue des États membres de l'Union européenne	25
Réponses spécifiques	29
Réduction de la demande	29
Réduction de l'offre	34

CHAPITRE 3	37
Questions particulières	37
Cocaïne et cocaïne «base/crack»	37
Prévalence, modèles de consommation et problèmes	37
Marché	40
Projets d'intervention et nouvelles approches	40
Questions politiques	41
Maladies infectieuses	42
Prévalence et tendances	42
Causes et conséquences	44
Réponses visant à une réduction des risques	46
Drogues synthétiques	47
Propagation de la consommation	47
Comportements et modèles de consommation	47
Disponibilité des substances	49
Données de traitement	49
Risques pour la santé	50
Décès liés à la prise de drogues synthétiques	50
Réponses	50
Réduction de l'offre	51
Nouvelles initiatives et défis pour l'élaboration de politiques	51
CHAPITRE 4	53
Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale	53
Situation et tendances	53
Prévalence et modèles de consommation de drogues	53
Demande de traitement	54
Disponibilité	54
Réponses politiques et institutionnelles au phénomène de la drogue	55
Législation	55
Coordination nationale	56
Stratégies nationales et plans d'action	56
Blanchiment de capitaux	57
Points focaux Reitox	59

Préface

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est très heureux de vous présenter son sixième *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*, qui a pour principal objectif de fournir une base utile à l'élaboration des politiques tant au niveau européen qu'aux niveaux régional et local.

Ce Rapport donne une présentation actualisée de la situation de la drogue dans l'Union européenne (UE), dont il décrit les nouvelles tendances et l'évolution. Cependant, il ne se limite pas à présenter la situation globalement: il traite également en profondeur de certains problèmes clés, tels que la cocaïne, les maladies infectieuses et les drogues synthétiques, et il brosse un aperçu général de la situation dans les pays de l'Europe centrale et orientale.

Cette année, les États membres ont fourni des données d'une qualité et d'une comparabilité nettement supérieures. Néanmoins, il est essentiel qu'ils poursuivent leurs efforts, non seulement en vue d'améliorer la comparabilité des données au niveau de l'UE dans tous les domaines, mais également pour veiller à ce que ces données soient produites sur une base régulière.

Cela nous amène au sujet fondamentalement important de l'harmonisation des données qui doit rapidement être mise en place pour que les données en matière de drogue au niveau européen deviennent plus fiables et comparables qu'elles ne le sont actuellement. Cherchant à faciliter ce processus, l'OEDT a élaboré des lignes directrices en vue de la mise en œuvre normalisée dans l'UE de ses cinq indicateurs épidémiologiques clés. L'an prochain, il incombera aux États membres de veiller à ce que ces indicateurs normalisés soient mis en œuvre complètement au niveau national.

Il est important de noter que la stratégie européenne en matière de drogue et son plan d'action de suivi (2000-2004) placent l'information et l'évaluation parmi leurs

principales priorités. Effectivement, la collecte et l'analyse des données constituent la première étape dans le cadre de l'évaluation de l'impact de toute action. Le plan d'action de l'UE souligne également l'importance de puiser les informations auprès des différentes sources disponibles dans l'UE — notamment l'OEDT et Europol.

L'OEDT ne ménage pas ses efforts pour remplir son rôle clé d'information. Il a peaufiné son programme de travail 2001-2003 pour le faire correspondre aux six objectifs prioritaires de la stratégie européenne en matière de drogue. L'Observatoire participe également au processus d'évaluation de l'impact du plan d'action de l'UE; il travaille en collaboration avec ses points focaux ainsi qu'avec Europol et ses unités «Drogues» nationales à la conception d'outils appropriés destinés à produire deux vues photographiques composées d'une série de variables adaptées aux six objectifs prioritaires de la stratégie de l'UE.

La première vue donnera un aperçu de la situation et des réponses mises en place en 1999 avant l'adoption du plan d'action de l'UE et servira de base pour mesurer les progrès accomplis lorsque le plan sera arrivé à son terme, en 2004. La seconde vue montrera la situation et les réponses mises en place en 2004 en se fondant sur les informations obtenues à partir de la même série de variables.

Toutes ces étapes serviront, dans une certaine mesure, à accomplir le défi principal que l'OEDT s'est assigné — fournir aux décideurs politiques une base de connaissances solide leur permettant d'élaborer des politiques fondées en matière de drogue.

Georges Estievenart
Directeur exécutif

Remerciements

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

- les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- les services des différents États membres qui ont collecté les données brutes nécessaires pour ce Rapport;
- les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'OEDT;
- le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne — en particulier son groupe horizontal «Drogues» — et la Commission européenne;
- le groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, le Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues, 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;
- Andrew Haig & Associates, conception graphique et mise en page.



Une version interactive du Rapport annuel 2001 est également disponible sur Internet (<http://www.emcdda.org>). Cette version contient des liens vers les sources de données, les rapports et les documents de référence qui ont permis de réaliser ce Rapport.

L'offre et la demande de drogues

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

Améliorer la comparabilité des données — Les indicateurs clés de l'OEDT

Une des tâches essentielles de l'OEDT est d'améliorer la comparabilité des données entre les États membres. L'Observatoire développe et recommande des méthodes et de nouveaux instruments pour collecter et analyser des données harmonisées de bonne qualité au niveau européen. Le plan d'action de l'UE en matière de lutte contre la drogue (2000-2004) invite les États membres à fournir des informations fiables et comparables sur cinq indicateurs épidémiologiques clés conformément aux instruments techniques et aux lignes directrices recommandés par l'OEDT. Les cinq indicateurs sont:

- prévalence et modèles de consommation de drogues dans la population en général (enquêtes sur la population);
- prévalence et modèles de consommation problématique de drogues (estimations statistiques de la prévalence/l'incidence obtenues par des enquêtes auprès des consommateurs de drogue);
- maladies infectieuses liées à la drogue (taux de prévalence et d'incidence du VIH, des hépatites B et C parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse);
- décès liés à la drogue et mortalité des consommateurs de drogue (registres généraux de la mortalité de la population et statistiques des registres spéciaux, et études de cohortes chez les consommateurs de drogue sur la mortalité et les causes de décès);
- demande de traitement par les consommateurs de drogue (statistiques provenant des centres de traitement sur les patients entamant un traitement).

Consommation de drogues

Usage de drogues dans la population en général

Il est indispensable d'estimer la proportion de la population qui consomme de la drogue, ou qui en a expérimenté l'usage, pour évaluer l'état du phénomène de la drogue, développer des politiques et les évaluer. Il convient notamment d'identifier les groupes d'usagers de drogues et leurs modèles de consommation.

Modèles de consommation de drogues

Le cannabis est la substance illicite la plus communément utilisée dans tous les pays de l'UE tant en termes de consommation au cours de la vie (toute consommation durant la vie d'un individu) qu'en termes de consommation récente. L'usage d'autres substances illicites est moins courant.

Pour les adultes (âgés de 15 à 64 ans conformément aux critères de l'OEDT, avec certaines différences selon les pays), l'usage du cannabis au cours de la vie varie entre 10 % en Finlande à 20 ou 25 % au Danemark, en Espagne, en France, en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ⁽¹⁾.

Les taux de consommation des autres substances sont bien inférieurs. L'usage d'amphétamines est rapporté par 1 à 4 % des adultes, mais jusqu'à 10 % au Royaume-Uni. L'ecstasy a été essayée par 0,5 à 4 % des adultes européens et la cocaïne par 0,5 à 3 %. Moins de 1 % des adultes déclarent avoir consommé de l'héroïne, ce qui contraste avec l'importance qui lui est accordée par les indicateurs des problèmes de drogues.

⁽¹⁾ Graphique 1 EL (en ligne) — Consommation au cours de la vie de cannabis, d'amphétamines et de cocaïne parmi les adultes dans certains pays de l'UE, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale (version en ligne).

Méthodologie pour estimer l'usage de drogues

Les enquêtes parmi la population en général permettent d'estimer l'usage des drogues. Au cours de ces dernières années, douze États membres ont mené des enquêtes nationales sur la consommation de drogues dans la population en général (au Luxembourg, l'échantillon était restreint) et les autres États (l'Italie, l'Autriche et le Portugal) sont actuellement en train d'en organiser. Plusieurs pays ont déjà mis en place des séries d'enquêtes nationales en utilisant la même méthodologie (par exemple, l'Allemagne, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni) et des séries d'enquêtes ont été lancées en Grèce, en France et aux Pays-Bas. Certains pays ont mené des enquêtes ad hoc successives, comparables dans une certaine mesure (par exemple, le Danemark, la France et la Finlande).

La méthode de collecte des données, la taille de l'échantillon et la base de sondage utilisée varient entre les pays, et la précision et la validité des estimations peuvent en être influencées. Tant que ces problèmes ne sont pas résolus, les comparaisons directes entre niveaux de consommation dans les États membres doivent être faites avec prudence, surtout lorsque les variations sont minimales.

L'OEDT a élaboré des lignes directrices en vue d'améliorer la qualité et la comparabilité des enquêtes de population dans l'UE. Ces lignes directrices prévoient un ensemble d'éléments clés communs qui peuvent être utilisés pour rapporter les informations des enquêtes existantes ou qui peuvent être insérés dans des questionnaires plus vastes et des orientations méthodologiques de base. Elles sont progressivement mises en œuvre dans les États membres.

L'usage illicite de drogues est concentré parmi certains groupes de la population, notamment les jeunes hommes vivant en milieu urbain. Les taux concernant les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans conformément aux critères de l'OEDT, avec certaines différences selon les pays) sont près ou plus de deux fois supérieurs à ceux de l'ensemble de la population adulte pour la plupart des drogues ⁽²⁾ ⁽³⁾.

En Finlande et en Suède par exemple, 15 % des jeunes adultes ont consommé du cannabis, alors que ce chiffre est compris entre 28 et 40 % au Danemark, en Espagne, en France, en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. De 1 à 6 % des jeunes adultes ont consommé des amphétamines, de l'ecstasy et de la cocaïne (alors que les taux pour les amphétamines et l'ecstasy sont respectivement d'environ 16 % et de 8 % au Royaume-Uni). Les hommes affichent les taux de consommation de drogues les plus élevés, bien que cette situation varie selon les pays et que les différences aient tendance à s'atténuer au fil du temps ⁽⁴⁾.

La consommation de drogues est plus répandue en milieu urbain qu'en milieu rural, et les différences entre les données nationales pourraient en grande partie être liées

à la proportion relative de la population urbaine du pays ⁽⁵⁾.

Bien qu'elle soit largement utilisée, la consommation de drogues au cours de la vie ne permet pas d'évaluer la consommation récente de drogues. Cet indicateur comprend en effet toutes les personnes qui ont consommé de la drogue un jour, même une seule fois ou il y a longtemps. La consommation récente est généralement définie comme toute utilisation au cours de l'année précédente (prévalence sur les douze derniers mois).

La consommation récente (sur les douze derniers mois) de cannabis concerne 1 à 9 % des adultes européens. L'usage d'autres substances illicites dépasse rarement le taux de 1 % parmi les adultes. Les taux de prévalence des jeunes adultes sont plus élevés, presque le double de ceux des adultes. En Espagne, en Irlande (pour la cocaïne) et au Royaume-Uni, les chiffres sont généralement plus élevés que dans les autres pays ⁽⁶⁾.

Tendances

Les informations sur les tendances peuvent être plus révélatrices que les pourcentages recueillis à un moment

⁽²⁾ Graphique 2 EL — Prévalence sur les douze derniers mois de la consommation d'ecstasy et de cocaïne par tranche d'âge en Angleterre et au pays de Galles, 1998 (version en ligne).

⁽³⁾ Graphique 3 EL — Consommation au cours de la vie de cannabis parmi l'ensemble des adultes et parmi les jeunes adultes dans certains pays de l'UE, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale (version en ligne).

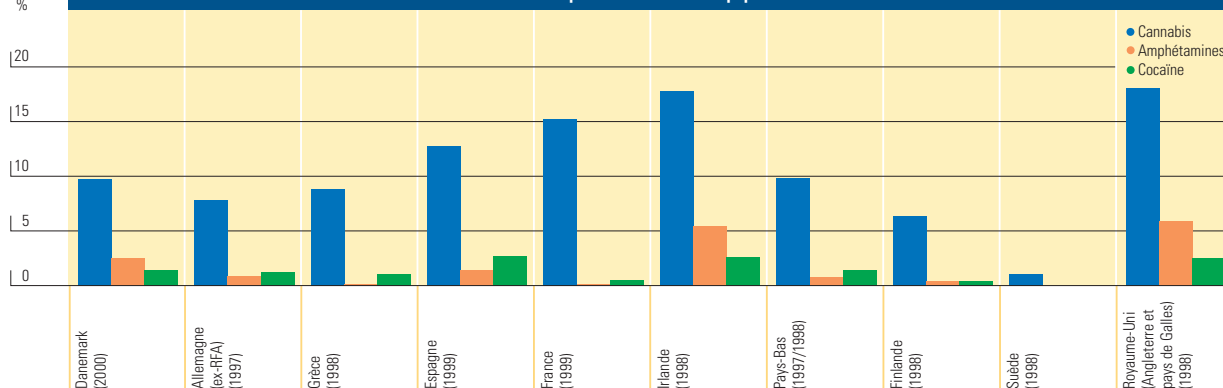
⁽⁴⁾ Graphique 4 EL — Consommation au cours de la vie de cannabis parmi les adultes (hommes et femmes) dans certains pays de l'UE, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale (version en ligne).

⁽⁵⁾ Graphique 5 EL — Consommation au cours de la vie de cannabis parmi les adultes en Finlande par niveau d'urbanisation, 1998 (version en ligne).

⁽⁶⁾ Graphique 6 EL — Consommation au cours de la vie et prévalence sur les douze derniers mois de la consommation de cannabis parmi les adultes dans certains pays de l'UE, mesurées à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale (version en ligne).

L'offre et la demande de drogues

Graph. 1 Usage récent (prévalence au cours des douze derniers mois) de cannabis, d'amphétamines et de cocaïne parmi les jeunes adultes dans certains pays de l'UE, mesuré à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale



NB: Ces données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Les tranches d'âge vont de 15-18 ans à 34-39 ans. Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer partiellement les disparités entre les pays. Dans certains pays, les chiffres ont été recalculés, au niveau national, pour s'adapter le plus possible aux normes de groupes d'âges de l'OEDT (jeunes adultes de 15 à 34 ans).
Sources: Rapports nationaux Reitox 2000, extraits de rapports d'enquêtes auprès de la population ou d'articles scientifiques. Voir également les tableaux épidémiologiques standardisés sur le site web de l'OEDT.

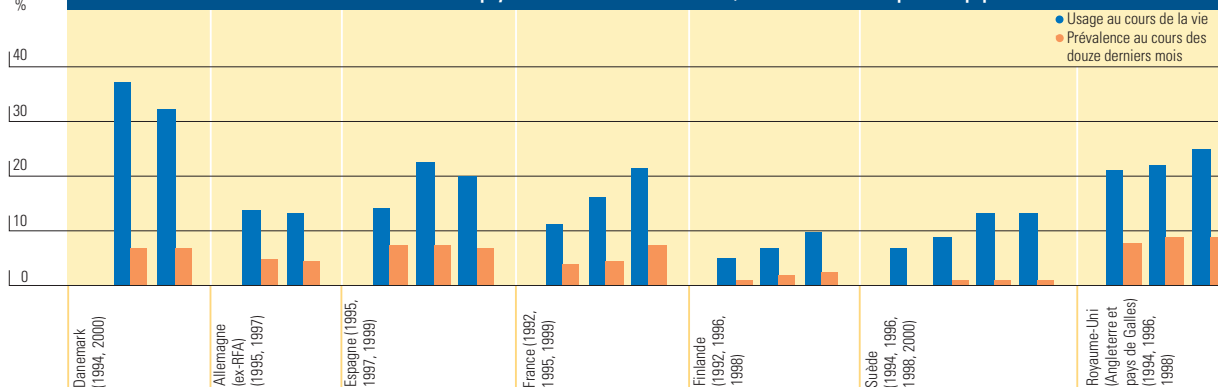
donné. Pourtant, jusqu'à présent, seuls l'Allemagne, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni ont procédé à des séries d'études nationales comparables. D'autres pays ont mené plusieurs enquêtes mais les tendances doivent être analysées avec prudence.

Dans les années 90, la consommation de cannabis au cours de la vie a augmenté dans la plupart des pays disposant de données. Dans les enquêtes récentes, plusieurs pays font état de taux de prévalence relativement similaires — environ 20 à 25 %. Dans les pays où la prévalence était faible au début des années 90 (en Grèce, en Finlande et en Suède, par exemple), la hausse a été proportionnellement plus élevée que lorsque la prévalence initiale était supérieure (par exemple, au Danemark, en Allemagne et au Royaume-Uni).

L'augmentation de la consommation de cannabis au cours de la vie n'implique pas forcément une hausse proportionnelle de l'usage récent. La prévalence sur les douze derniers mois a bien moins augmenté, en général, que la consommation au cours de la vie.

Les tendances de la consommation d'autres substances sont plus difficiles à cerner. En effet, elles tendent à impliquer des groupes assez restreints de la population, mais peuvent toutefois avoir des conséquences majeures en termes de santé publique et de politique de lutte contre la drogue. Par exemple, l'augmentation éventuelle de la consommation de cocaïne qui a fait l'objet de nombreux débats doit encore être analysée plus en profondeur dans la plupart des pays. Par ailleurs, des évolutions bien documentées, telles que la hausse récente de l'usage

Graph. 2 Evolution de la consommation au cours de la vie et usage récent (prévalence au cours des douze derniers mois) de cannabis chez les adultes dans certains pays de l'UE au cours des années 90, mesurée à l'aide d'enquêtes de population



La tranche d'âge s'étend de 15-18 à 59-69 ans (en Finlande, 74 ans en 1992 et en 1996). Les différences entre les tranches d'âge peuvent influencer partiellement sur les disparités entre les pays.
Au Danemark, la tranche d'âge s'étend de 16 à 44 ans pour permettre la comparaison entre les années, mais ces chiffres ne devraient pas être comparés à ceux des autres pays.
En Allemagne, les résultats d'une enquête menée en 2000 (publiée en mai 2001) montrent un accroissement de la consommation de cannabis.
Sources: Rapports nationaux Reitox 2000, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles scientifiques. Voir également les tableaux épidémiologiques standardisés sur le site web de l'OEDT.

Usage de drogues dans la population scolaire

Pour les moins de 18 ans, l'OEDT se base sur les informations issues d'une enquête scolaire comparable qui regroupe les données de 30 pays en Europe mais également des États-Unis. Au total, 11 États membres de l'UE ont participé au dernier projet européen d'enquêtes scolaires (ESPAD) (1) de 1999 qui décrit l'usage de tabac, d'alcool et d'autres drogues parmi les jeunes de 15 à 16 ans. La Belgique, l'Espagne et le Luxembourg ont également mené des enquêtes scolaires en 1998 ou 1999 indépendamment du projet ESPAD et les résultats de ces enquêtes confirment ceux de l'ESPAD.

Situation et modèles

Ces enquêtes montrent que le cannabis reste la substance illicite la plus couramment consommée par les lycéens. Les taux de consommation au cours de la vie pour les 15-16 ans vont de 8 % en Suède et au Portugal à 35 % en France et au Royaume-Uni. Dans deux États membres (la Grèce et la Suède), l'usage des produits à inhaler (substances volatiles) est aussi, ou plus, répandu que celui du cannabis.

Dans les enquêtes scolaires, 1 à 8 % des lycéens de 15 à 16 ans déclarent avoir déjà consommé des amphétamines, 1 à 5 % de l'ecstasy et 1 à 4 % de la cocaïne, avec des niveaux plus élevés pour la cocaïne en Espagne et aux Pays-Bas.

Le modèle de consommation illicite au cours de la vie de tranquillisants et de sédatifs (sans prescription médicale) est différent, avec le taux le plus faible, 4 %, relevé en Norvège et au Royaume-Uni, et le plus élevé en France (12 %). La consommation illicite de tranquillisants et de sédatifs au cours de la vie est plus importante chez les filles que chez les garçons en France, en Italie, au Portugal, en Finlande et en Suède. En revanche, la prévalence au cours de la vie de l'usage de drogues illicites est plus forte chez les garçons que chez les filles dans tous les États membres.

Il convient de noter que des données comparables provenant des États-Unis montrent que les taux de consommation au cours de la vie pour un certain nombre de drogues illicites sont supérieurs à ceux de tous les États membres de l'UE: cannabis (41 %), amphétamine (16 %), cocaïne (8 %) et ecstasy (6 %).

On note que plus le taux de prévalence d'usage d'une drogue illicite dans un pays est élevé, plus le risque perçu attribué à cette drogue en particulier est faible. Par ailleurs, les filles perçoivent davantage que les garçons la consommation de drogues illicites comme un risque. Dans tous les États membres de l'UE, les garçons et les filles désapprouvent en majorité la consommation de

drogues illicites, à environ 80 % en moyenne, hormis pour le cannabis à 70 %.

Tendances

Dans tous les États membres qui ont participé aux deux enquêtes ESPAD, sauf l'Irlande et le Royaume-Uni, la prévalence au cours de la vie de toutes les consommations de drogues illicites a augmenté entre 1995 et 1999.

Consommation de cannabis au cours de la vie

Les chiffres de prise de drogues illicites en général par les lycéens âgés de 15 à 16 ans sont largement déterminés par ceux concernant le cannabis. Dans la majorité des pays, la prévalence du cannabis au cours de la vie a augmenté.

En Finlande et en Norvège, la consommation de cannabis au cours de la vie a doublé entre 1995 et 1999. On relève également des augmentations au Danemark, en Italie, au Portugal et en Suède. Toutefois, les deux États membres dont le taux était le plus élevé en 1995, affichent une baisse. Entre 1995 et 1999, la consommation est passée de 41 à 35 % au Royaume-Uni et de 37 à 32 % en Irlande.

L'impression de disponibilité du cannabis a considérablement augmenté au Danemark, en Finlande, en Italie et en Norvège entre 1995 et 1999. En Irlande et au Royaume-Uni, elle a diminué, mais cette baisse est moins importante que celle de la prévalence au cours de la vie.

Consommation au cours de la vie d'autres drogues illicites (amphétamines, LSD/hallucinogènes, crack, cocaïne, ecstasy et héroïne)

L'enquête ESPAD révèle également une augmentation de la consommation au cours de la vie des «autres drogues illicites» dans la majorité des États membres alors que, au Royaume-Uni et en Irlande, les taux ont baissé en passant respectivement de 22 à 12 % et de 16 à 9 %. Cette hausse dans la majorité des États membres et la baisse au Royaume-Uni et en Irlande confirme la tendance à la convergence des modèles de consommation de drogues dans les États membres. La diminution substantielle au Royaume-Uni et en Irlande pourrait signifier que, dans les cas où la consommation de drogues est à un stade assez avancé, le groupe des 15-16 ans souhaitant expérimenter les drogues illicites connaît un phénomène de saturation.

Usage au cours de la vie de tranquillisants ou sédatifs sans prescription médicale

L'usage de tranquillisants ou de sédatifs sans prescription médicale est traditionnellement plus élevé chez les filles

que chez les garçons. Entre 1995 et 1999, les taux concernant les filles au Danemark, en Italie, en Irlande et au Royaume-Uni sont en forte baisse, d'environ la moitié de la prévalence au cours de la vie de tranquillisants et de sédatifs sans prescription médicale. En revanche, les chiffres pour les filles sont en hausse en Finlande et au Portugal (3 % et 2 % respectivement), alors que dans ces deux pays, les taux pour les garçons sont en baisse.

d'ecstasy parmi des groupes de jeunes, sont masquées dans les données couvrant l'ensemble de la population. Les échantillons doivent être suffisamment larges et l'analyse doit se concentrer sur les groupes d'âges adéquats. Il serait également opportun de tenir compte d'un suréchantillonnage des jeunes.

Consommation problématique de drogues

En général, les taux de prévalence de la consommation problématique de drogues semblent les plus élevés en Italie, au Luxembourg, au Portugal et au Royaume-

Usage au cours de la vie de produits à inhaler

On note peu de changement dans la consommation au cours de la vie de produits à inhaler sauf en Suède et au Royaume-Uni qui affichent une baisse entre 1995 et 1999.

(1) Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnson, T., Kokkevi, A., et Morgan, M., «Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», rapport ESPAD 1999, Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) et groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, décembre 2000.

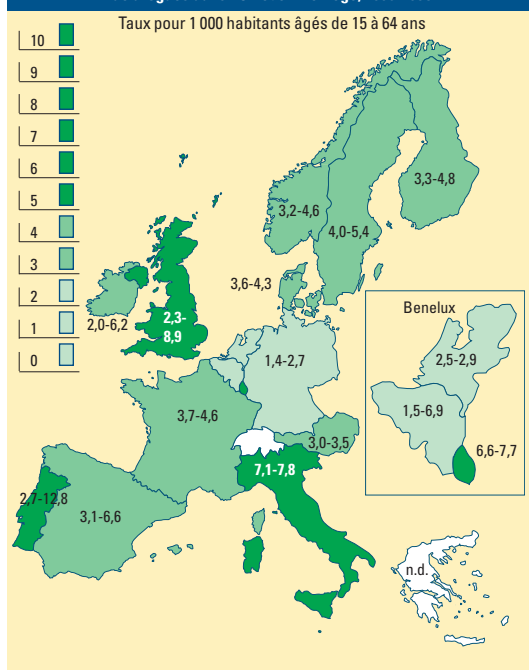
Uni, qui comptent entre 5 et 8 usagers à problème pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans (en retenant le point médian de la gamme pour un pays). Les taux semblent les plus bas en Belgique (mais ces données ne portent que sur les UDVI et sont dès lors sous-estimées), en Allemagne et aux Pays-Bas, avec 2 à 3 usagers à problème pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. Des valeurs intermédiaires ont été enregistrées en Autriche, au Danemark, en Espagne, en Finlande, en France, en Irlande et en Norvège, avec 3 à 5 usagers à problème pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. Certains pays font état de chiffres assez différents par rapport à l'année 2000 en raison de l'amélioration de la collecte des données et des estimations. Le Danemark et surtout la Finlande présentent des taux beaucoup plus élevés depuis qu'ils ont supprimé les estimations les moins fiables (et dans ces deux cas, les plus faibles).

Outre les estimations de la prévalence, les données sur les modèles de consommation de drogues sont importantes. Cependant, les données concernant les modèles de consommation parmi les usagers de drogues à problème qui ne suivent pas de traitement sont très rares, bien qu'elles soient essentielles pour orienter les décisions politiques sur les demandes de traitement futures. Dans les pays scandinaves, notamment la Finlande et la Suède, la majorité des usagers à problème (estimés de 70 à 80 % en Finlande en 1997) sont des usagers d'amphétamines comme produit principal. La situation est très différente dans les autres pays où les usagers à problème sont principalement des consommateurs d'opiacés comme produit principal (souvent polytoxicomanes).

Tendances

Bien que ces informations soient importantes pour l'évaluation politique, il n'est pas encore possible de calculer les tendances de prévalence de la consommation problématique de drogues, compte tenu des méthodes actuelles, de la qualité des données et de leur disponibilité. L'incidence de la consommation problématique de drogues peut être un autre paramètre, important, permettant d'apprécier les tendances. L'incidence est le nombre

Graph. 3 Estimations nationales de prévalence de la consommation problématique de drogues dans l'UE et en Norvège, 1996-1998



NB: n.d.: données non disponibles. Les variations observées entre les pays doivent être interprétées avec prudence car les méthodes et les groupes cibles utilisés sont différents. Pour plus de détails, voir les tableaux 1 EL et 2 EL en ligne sur Internet (<http://www.emcdda.org>). Les données concernant la Belgique et l'Autriche sont valables pour 1995, celles de l'Italie pour 1999 et le Portugal pour 1999-2000. La première estimation suédoise a été réduite de 8 % afin d'exclure les consommateurs de cannabis, compatible avec la définition de l'OEDT de l'usage problématique de drogue. La couleur employée pour désigner un pays se réfère au point central de la fourchette de l'estimation, sauf pour la Belgique (estimation ponctuelle — 3,0 — et intervalle de confiance de 95 %). L'évaluation belge ne comprend que les UDVI et sous-estime ainsi la consommation problématique de drogues totale.

Sources: Points focaux Reitox, 2000. Pour la Suède: Olsson, B., Wahren, C. A., et Bygqvist, S., *Det tunga narkotikamisbrukets omfattning i Sverige 1996*, CAN, Stockholm, 2001.

Définition et méthodologie utilisées pour évaluer la consommation problématique de drogues

La «consommation problématique de drogues» est définie comme étant l'«usage de drogues par voie intraveineuse ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines». Cette définition exclut les consommateurs d'ecstasy et de cannabis ou ceux qui ne consomment jamais — ou uniquement ponctuellement — des opiacés, de la cocaïne ou des amphétamines. Les opiacés comprennent les opiacés prescrits tels que la méthadone. Les estimations nationales présentées ci-après pour l'UE et la Norvège (qui ont aussi participé au projet de l'OEDT sur l'estimation de la prévalence) concernent les années 1996 à 1998, sauf pour l'Autriche (1995) et la Belgique (1995), qui ne disposaient pas de données actualisées (voir graphique 3) alors que le Luxembourg, le Portugal et l'Italie fournissent des données plus récentes (1999-2000).

Les méthodes utilisées pour produire ces estimations reposent essentiellement sur des modèles statistiques incorporant des indicateurs concernant la drogue et comprennent:

- une méthode basée sur un indicateur à plusieurs variables;
- la méthode «capture-recapture»;
- trois méthodes de démultiplication fondées sur les données de la police, les données concernant les traitements et les taux de mortalité;

- une méthode de démultiplication utilisant des chiffres calculés rétroactivement pour les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) infectés par le VIH/sida, combinés avec les taux de VIH/sida parmi les UDVI.

Les fourchettes du graphique 3 découlent souvent d'une approche basée sur différentes méthodes; ainsi, les chiffres maximaux et minimaux par pays peuvent avoir été obtenus par des méthodes différentes, tant au sein des pays qu'entre eux. Ces méthodes ne se rapportent pas toujours au même groupe cible, par exemple le rétrocalcul des personnes infectées par le VIH/sida et les multiplicateurs de la mortalité par surdose ne couvrent que les UDVI, alors que les multiplicateurs concernant les traitements ne peuvent être utilisés que pour le groupe plus vaste des usagers d'opiacés à problème.

Plusieurs pays ont appliqué différentes méthodes d'estimation — deux en Espagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas, trois en Allemagne, en France, en Irlande, en Finlande et au Royaume-Uni, et même quatre en Italie et au Portugal. D'autres pays (Autriche, Belgique, Danemark, Norvège et Suède) n'ont pu appliquer qu'une seule méthode alors que la Grèce n'est pas encore en mesure de fournir des estimations. L'utilisation de plusieurs méthodes indépendantes permet une validation par recoupement d'estimations isolées, d'où une appréciation d'ensemble plus fiable pour un pays. De ce fait, l'approche à méthodes multiples devrait idéalement être adoptée si possible sur une base annuelle.

de nouveaux cas apparaissant au cours d'une année alors que la prévalence désigne le total de tous les cas existants, nouveaux et anciens. Ainsi, les tendances de l'incidence sont beaucoup plus influencées par les changements épidémiologiques et les interventions en matière de prévention de nouveaux cas.

Un projet de l'OEDT a permis de fournir de nouvelles estimations sur l'incidence de la consommation d'héroïne pour la Belgique, Lisbonne, Budapest, Londres et Amsterdam, suggérant que l'épidémie d'héroïne dans ces régions est peut-être apparue à des moments très différents (voir graphique 4, Londres et Amsterdam ne sont pas représentés).

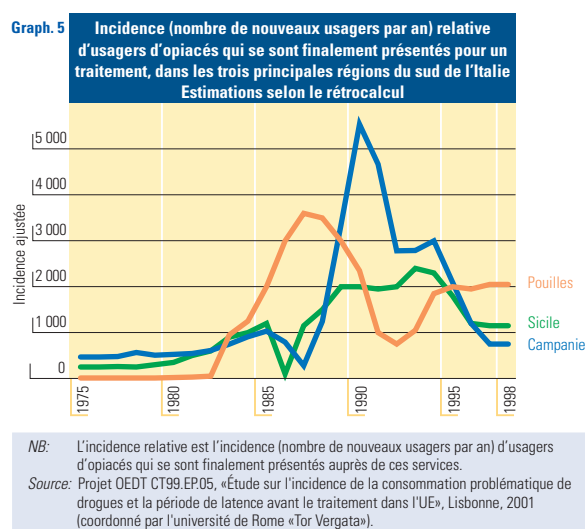
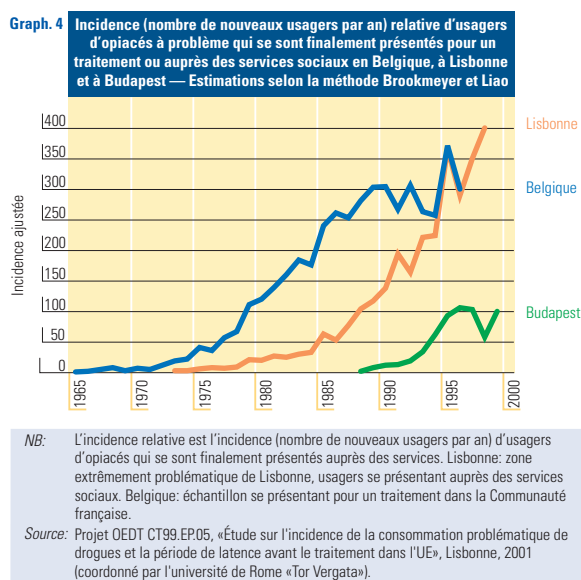
Le graphique 5 montre comment, même au sein d'un même pays, en Italie dans ce cas, l'épidémie d'héroïne peut se produire à différents moments dans les différentes régions. Les résultats suggèrent aussi qu'il peut exister une période initiale (d'épidémie) avec une expansion rapide suivie par des effets de saturation (à savoir, les individus les plus prédisposés sont devenus des consommateurs d'héroïne) puis une expansion moindre mais

constante (situation endémique) — mécanisme qui est analogue à la propagation des maladies infectieuses. Ce modèle d'évolution peut aider les décideurs à trouver un équilibre optimal entre les mesures politiques, telles que la prévention primaire, qui doit être prise à temps pour prévenir une forte prévalence, et la prévention secondaire (traitement et mesures de réduction des risques), qui devient très importante lorsque la prévalence est déjà élevée.

Il est intéressant de noter dans le graphique 5 que l'épidémie d'héroïne semble avoir débuté plus tôt dans les Pouilles qu'en Sicile et en Campanie. Les Pouilles, le «talon» de l'Italie, sont situées sur une des principales routes de trafic allant de la région des Balkans vers l'Europe, ce qui a conduit à une propagation plus rapide de la consommation d'héroïne. Cela confirme les résultats précédents basés sur une analyse géographique des données de traitement (Rapport annuel 2000, OEDT).

Les différences relevées dans la prévalence de la consommation de drogues dépendent d'une multitude de facteurs dans chaque pays. Étant donné que les pays

L'offre et la demande de drogues



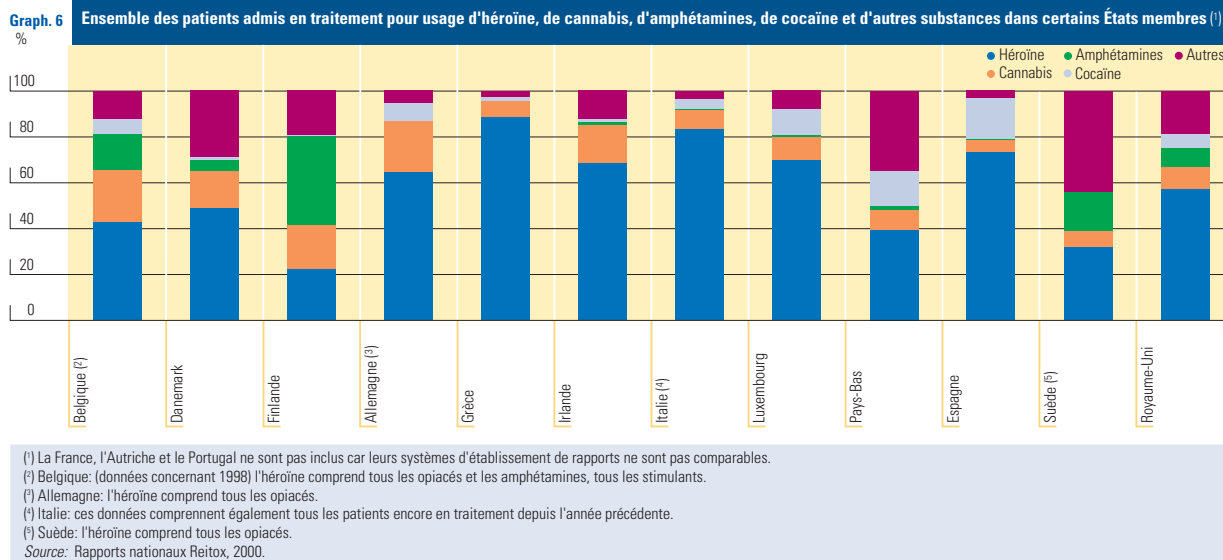
appliquant des politiques plutôt libérales en matière de drogue (tels que les Pays-Bas) et ceux qui ont adopté une approche plus stricte (tels que la Suède) affichent des taux de prévalence presque similaires, l'impact des politiques nationales antidrogue (approches libérales par rapport aux approches restrictives) sur la prévalence de la consommation de drogues, et en particulier sur la consommation problématique de drogues, n'est pas évident. Toutefois, les politiques nationales antidrogue sont très importantes pour limiter les conséquences néfastes de la consommation problématique de drogues telles que les infections au VIH, les hépatites B et C et les décès par surdose. D'autres facteurs peuvent modifier la prévalence de la consommation problématique de drogues, notamment la disponibilité et le prix des drogues, le chômage et la pauvreté ou d'autres problèmes de société (guerre), la pyramide des âges d'un pays et la proportion de zones urbaines et rurales. Par ailleurs, l'usage de drogues semble évoluer de façon épidémique (voir graphiques 4 et 5). Il peut donc suivre des cycles épidémiques à long terme qui dépendent en grande partie du renouvellement démographique des nouvelles générations de jeunes «susceptibles de se droguer», qui n'ont jamais connu les problèmes liés à des modèles de consommation plus importants. À l'heure actuelle, il est donc impossible d'indiquer la raison exacte des différences de taux de prévalence entre les États membres de l'UE.

Certains pays ou villes disposent d'autres informations qualitatives ou locales sur les tendances en matière de consommation problématique de drogues.

En Autriche, la prévalence de la consommation problématique de drogues semble actuellement stable dans la

plupart des régions, bien qu'à Vienne les professionnels sur le terrain aient enregistré une baisse du nombre de nouveaux usagers à problème. En France, la consommation d'héroïne est globalement en baisse bien que les implications quant au nombre d'héroïnomanes ne soient pas claires et que certains indices laissent présager de nouvelles hausses au niveau local. En Finlande, les estimations de prévalence pour la région de Helsinki en 1995-1997 suggèrent que l'usage de drogues dures a augmenté d'au moins 40 % en 2 ans dans cette région. Cette hausse est plus marquée chez les hommes, âgés de plus de 26 ans et chez les usagers d'amphétamines.

En Allemagne, la prise d'héroïne est principalement signalée dans les zones métropolitaines, les taux de prévalence et les saisies en zones rurales étant bien inférieurs. Dans les nouveaux Länder, l'héroïnomanie est encore rare. Les enquêtes laissent penser que la prise d'héroïne a légèrement augmenté ou stagné depuis 1992, alors que la consommation de cocaïne est en augmentation constante et uniforme. En Grèce, les données des indicateurs indirects (traitement, décès, services à bas seuil) suggèrent que la consommation problématique de drogues prend de l'ampleur. En Irlande, les usagers de drogues sont jeunes et reflètent ainsi la situation démographique du pays. Jusqu'à 1996, la tendance en matière d'héroïnomanie était une augmentation du nombre de personnes fumant de l'héroïne même si récemment l'injection a recommencé à augmenter. En Italie, la consommation de drogues semble plus élevée dans les régions du Nord, mais la consommation problématique de drogues peut être répartie plus équitablement entre les régions du Nord, du Centre et du Sud, bien que la population «à risque» varie d'une zone géographique à l'autre (le nombre total d'habitants de 15 à 54 ans est



d'environ 32 millions — 44 % d'entre eux vivent dans les régions du Nord, 19 % dans les régions du Centre et 37 % dans les régions du Sud). Par ailleurs, les régions du Nord affichent une consommation relativement plus importante de «drogues à des fins récréatives».

Au Luxembourg, le système national d'enregistrement montre une nette augmentation, de 42 %, du nombre de nouveaux cas entre 1998 et 1999, qui est toutefois principalement due aux délinquants toxicomanes et pourrait refléter l'activité policière. Une partie importante des usagers à problème du Luxembourg sont des résidents non natifs (48 %). Les estimations de prévalence montrent une tendance à la hausse, tandis que la consommation par voie intraveineuse est passée de plus de 90 % à environ 66 %. À Amsterdam, aux Pays-Bas, le nombre de consommateurs d'héroïne a diminué progressivement au fil des ans, alors que la proportion d'UDVI a baissé brutalement. Au Portugal, les problèmes de toxicomanie les plus importants sont relevés dans les districts de Lisbonne, de Porto, de Setubal et de Faro. En Espagne, la prise d'héroïne, en particulier par voie intraveineuse, perd de l'importance contrairement à la cocaïne qui devient un problème de plus en plus préoccupant. En Suède, le nombre de problèmes sérieux de dépendance a augmenté dans les années 90, et la prise d'héroïne devient de plus en plus courante chez les jeunes usagers à problème. Au Royaume-Uni, un rapport publié en 1998 suggérait que, depuis 1996, le nombre de nouveaux foyers d'héroïnomanie chez les jeunes était en augmentation dans la plupart des régions de l'Angleterre, alors qu'une étude récente menée à Londres indique que, entre 1991 et 1997, l'incidence de la consommation d'héroïne sans injection a doublé.

Conséquences de la consommation de drogues sur la santé

Demande de traitement

Les caractéristiques des patients entreprenant un traitement (telles que le profil social) et les comportements de consommation (notamment la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse ou d'opiacés) constituent des indicateurs potentiels de tendances plus vastes dans la consommation problématique de drogues. Des biais peuvent néanmoins apparaître en raison des différentes méthodes de collecte d'informations utilisées et des différences dans l'offre de services de traitement entre les pays.

Substances

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

Dans la plupart des pays, la majorité des patients sont admis en traitement pour consommation d'opiacés comme drogue principale (en particulier d'héroïne). L'écart entre les pays est assez important — de 22,4 % en Finlande à 84,2 % en Grèce, mais ce taux est généralement compris entre 50 et 70 %. Outre l'héroïne, les autres principales drogues responsables des admissions en traitement sont le cannabis (plus de 15 % en Belgique, au Danemark, en Irlande et en Finlande) et la cocaïne (notamment en Espagne avec 17 % et aux Pays-Bas avec 15,4 %). L'ecstasy n'est la drogue principale que dans un petit nombre de cas d'admissions en traitement, le taux le plus élevé étant relevé en Irlande avec 8,9 %. Les

L'offre et la demande de drogues

pourcentages relatifs aux amphétamines sont très variables selon les pays, les plus élevés étant rapportés en Finlande (39 %), en Suède (17 %) et en Belgique (15 %).

Tendances

Des tendances communes ont pu être identifiées parmi un certain nombre de nouveaux patients demandant un traitement — le nombre de nouveaux admis en traitement pour héroïnomanie diminue alors qu'on note une augmentation pour l'usage de cannabis et plus particulièrement de cocaïne. Les plus fortes augmentations de patients dépendant du cannabis sont relevées en Allemagne (de 16,7 % en 1996 à 40 % en 1999 bien qu'il soit important de noter que ces données ne concernent que les unités ambulatoires), en Irlande (de 20,7 % en 1996 à 29,4 % en 1999) et au Danemark (de 25 % en 1996 à 31 % en 1999), alors que les hausses les plus spectaculaires concernant les usagers de cocaïne sont rapportées en Espagne (de 21,6 % en 1998 à 30,9 % en 1999) et aux Pays-Bas (de 14,7 % en 1994 à 23,2 % en 1999).

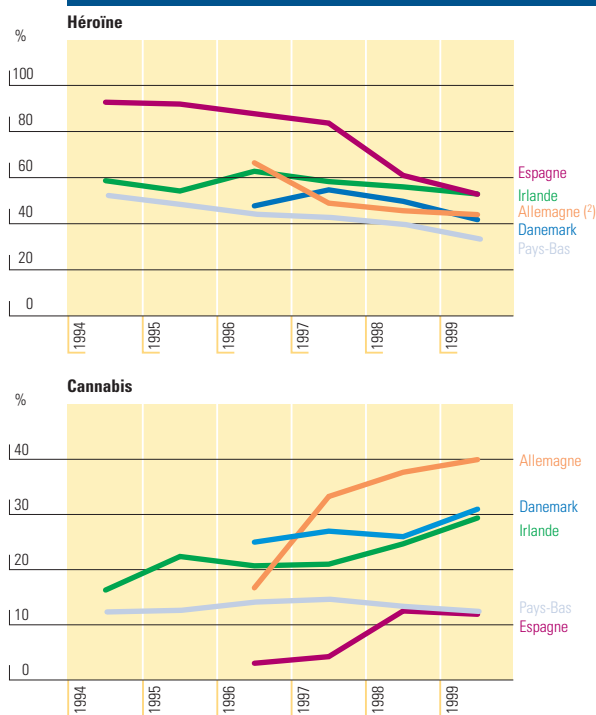
Ces tendances sont confirmées par les données concernant l'ensemble des patients admis en traitement au fil des ans, avec une nette augmentation d'usagers de cocaïne, ainsi que par la comparaison entre les nouveaux et l'ensemble des patients admis en traitement dans certains États membres. La cocaïne est de plus en plus une drogue secondaire chez des patients traités pour consommation d'opiacés (7) (8). En général, les patients en demande de traitement consomment plusieurs drogues et il existe des différences au sein d'un même groupe d'usagers.

Plusieurs pays font état d'une hausse de la demande de traitements de substitution, notamment de la part des femmes enceintes, probablement en raison d'une meilleure accessibilité des services de traitement.

Consommation de drogues par voie intraveineuse et autres moyens d'administration

La proportion d'usagers par voie intraveineuse parmi les patients traités pour prise d'héroïne est très variable selon les pays, de 12,5 % aux Pays-Bas à 72,7 % en Grèce. La plupart des pays affichent une baisse du nombre d'héroïnomanes par voie intraveineuse, même si son ampleur varie selon les pays (l'Irlande connaît au contraire une tendance à la hausse de la consommation par voie intraveineuse). La comparaison entre les nouveaux

Graph. 7 Évolution des nouveaux patients admis en traitement pour usage d'héroïne et de cannabis dans certains États membres (1)



(1) Certains pays n'ont pas été inclus car ils ne disposaient pas de données comparables pour les années présentées.

(2) Ces données concernent tous les opiacés.
Sources: Rapports nationaux Reitox, 2000.

et l'ensemble des patients en traitement pour prise d'héroïne semble confirmer que l'injection est en baisse (en moyenne, baisse d'environ 10 % des patients s'injectant de l'héroïne) (9).

Les différents facteurs qui peuvent influencer sur les modes d'administration ne sont pas encore tout à fait clairs ou démontrés par des études scientifiques mais pourraient comprendre: les facteurs du marché, les traditions culturelles et les interventions.

En ce qui concerne le marché, trois principaux facteurs influent sur le mode d'administration: la disponibilité relative d'héroïne à fumer (forme de base) ou à injecter (chlorhydrate), le prix de l'héroïne (les tarifs élevés contribuent à une augmentation des injections), le degré de pureté de l'héroïne (plus la pureté est faible, plus le niveau d'injections augmente).

D'un point de vue culturel, on observe des traditions, notamment au sein des minorités ethniques; le sous-groupe du Suriname éprouve de l'aversion contre l'injection et cela semble avoir influé sur le choix des consom-

(7) Graphique 7 EL — Tendances pour l'ensemble des patients admis en traitement pour usage d'héroïne, de cannabis et de cocaïne (version en ligne).

(8) Graphique 8 EL — Ensemble des patients et nouveaux patients admis en traitement pour usage de cocaïne et de cannabis, 1999 (version en ligne).

(9) Graphique 9 EL — Proportion d'usagers par voie intraveineuse parmi l'ensemble des patients et les nouveaux patients admis en traitement pour consommation d'héroïne dans certains États membres, données de 1999 (version en ligne).

mateurs d'héroïne quant à leur mode d'administration (sniffer ou fumer). D'autres sous-groupes tels que les consommateurs nord-africains en France ou les Antillais qui fument ou sniffent traditionnellement l'héroïne n'ont pas eu la même influence.

Différentes études d'évaluation montrent aussi que les activités de prévention (structures, informations sur les risques de l'injection) ont une influence sur les changements d'attitudes pour le passage de l'injection à la consommation en sniffant ou en fumant.

Caractéristiques sociales

Les patients qui entreprennent un traitement sont généralement des hommes âgés de 20 à 40 ans. La moyenne d'âge est de 29 ans pour l'ensemble des patients et de 27 ans pour les nouveaux admis. Les femmes sont généralement plus jeunes que les hommes, et demandent un traitement presque un an avant les hommes. Les patients les plus âgés sont relevés aux Pays-Bas et en Suède, et les plus jeunes en Irlande et en Finlande, bien que dans le cas de l'Irlande, cette moyenne reflète aussi la situation démographique du pays.

La répartition entre les sexes varie selon les pays avec toutefois des similitudes communes aux pays du Sud, où

les hommes représentent une large majorité (86/14 en Italie, 85/15 en Espagne, 84/16 au Portugal, 84/16 en Grèce), et aux pays du Nord avec une présence plus importante des femmes en traitement (70/30 en Irlande, 72/28 en Suède).

Les conditions sociales des patients en traitement semblent se dégrader, en termes de niveau d'études et d'emploi. La majorité des patients vivent en zone urbaine, mais cette situation peut également être liée à une offre de services différente dans les zones rurales.

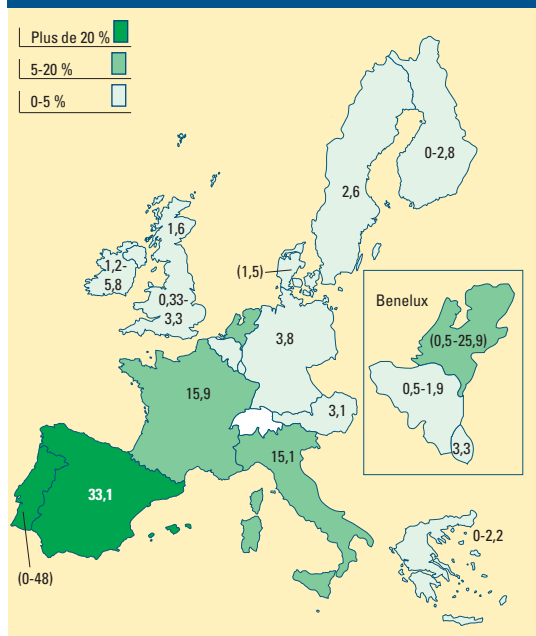
Maladies infectieuses liées à la drogue

Le chapitre 3, section « Maladies infectieuses », aborde ce thème de façon plus détaillée.

Prévalence et tendances

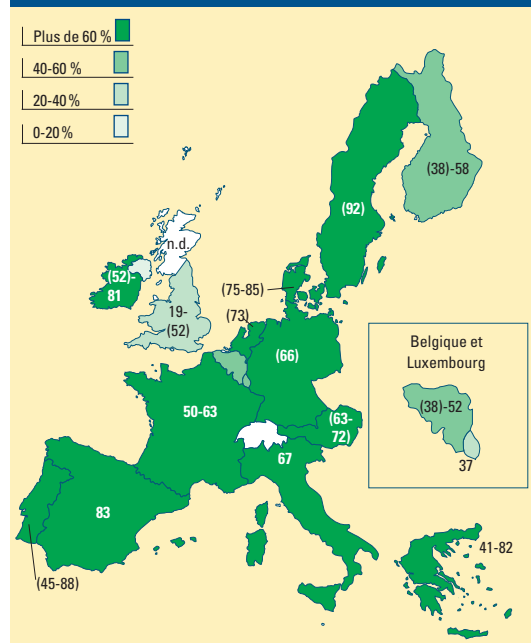
Les informations disponibles provenant de différentes sources (parfois locales), seule une impression générale de la prévalence du VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) peut être présentée. Toutefois, il existe des différences importantes entre les pays et au sein même des pays. Les données disponibles montrent

Graph. 8 Prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000



NB: Les données entre parenthèses sont locales. Les variations observées entre les pays doivent être interprétées avec prudence car différentes méthodes ont été utilisées et, dans certains cas, il s'agit de données locales. Les données concernant l'Allemagne, l'Espagne, la France et l'Italie se limitent à la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI en traitement et peuvent ne pas être représentatives de la prévalence d'infections au VIH parmi les UDVI qui ne subissent pas un traitement. Pour plus de détails ou consulter les sources, voir les tableaux statistiques complémentaires disponibles sur Internet (<http://www.emcdda.org>).

Graph. 9 Prévalence des anticorps au virus de l'hépatite C chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000



NB: n.d.: données non disponibles. Les données entre parenthèses sont locales. Les variations entre les pays doivent être interprétées avec prudence car les données proviennent de sources différentes et, dans certains cas, elles sont locales. La couleur employée pour désigner un pays se réfère au point central de la fourchette de la prévalence selon les différentes sources de données. Les données concernant l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie sont limitées à la prévalence VHC parmi les UDVI qui ne suivent pas un traitement. Les données concernant le Luxembourg se limitent à celles des UDVI en prison. Les données concernant le Royaume-Uni et les chiffres élevés concernant l'Irlande et la Finlande sont fondés sur des tests de salive. Les données concernant la France et le chiffre élevé concernant la Belgique se fondent sur des résultats de tests volontaires, ce qui les rend peu fiables. Les données allemandes sont valables pour l'année 1995, les données suédoises, pour l'année 1994. Pour plus de détails ou consulter les sources, voir les tableaux statistiques complémentaires sur Internet (<http://www.emcdda.org>).

Augmentations possibles de la transmission du VIH parmi les UDVI dans certains pays de l'UE

Certaines données préliminaires suggèrent que les infections au VIH augmentent pour certains sous-groupes d'UDVI dans plusieurs pays de l'UE. Il convient de tenir compte des limites liées à l'utilisation de données de routine pour identifier les évolutions de la transmission (voir chapitre 3). Par exemple, l'augmentation enregistrée aux Pays-Bas peut être due en partie à une augmentation des tests effectués auprès des UDVI. Toutefois, il est essentiel de suivre avec attention ces augmentations possibles et de prendre les mesures adéquates si nécessaires. L'Autriche, le Luxembourg, l'Irlande, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande pourraient connaître une augmentation de la transmission du VIH.

En Autriche, la prévalence du VIH parmi les usagers d'opiacés victimes de surdoses a augmenté de 1 à 5 % en 1999 (de 3 % en 1996, de 2 % en 1997 et de 1 % en 1998).

Au Luxembourg, les infections au VIH rapportées parmi les UDVI sont passées de 2-3 par an en 1995-1997 à 6-7 par an en 1998-1999.

En Irlande, le nombre de tests VIH positifs parmi les UDVI a triplé, atteignant 69 cas en 1999 (de 20-26 par an dans la période 1994-1998).

Au Portugal, les données proviennent de sources locales. À Coimbra, la prévalence parmi les UDVI en traitement est passée de 9 à 13 % entre 1999 et 2000, et se situait principalement chez les femmes, et de 9,5 à 18 % dans la tranche d'âge des 25-34 ans. Une étude de proximité

menée sur 250 usagers d'héroïne sans abri dans une zone très problématique de Lisbonne a révélé une prévalence de 48 % en 1998-1999.

En Finlande, les déclarations de VIH liés à des UDVI ont considérablement augmenté, passant de 0-5 cas par an dans la période 1990-1997, à 20 cas en 1998 et 84 cas en 1999. La prévalence parmi les personnes participant à des programmes d'échange de seringues se soumettant à un test VIH a également augmenté, passant de 0 % en 1997 à 3 % en 1998, 8 % en 1999, puis elle a diminué à nouveau pour atteindre 3 % en 2000.

Dans la ville de Heerlen, au sud des Pays-Bas, entre 1994 et 1998-1999, le nombre d'infections par VIH est passé de 11 à 22 %.

NB: Taille des échantillons: Autriche 1996-184, 1997-131, 1998-108, 1999-126; Pays-Bas (Heerlen) 1994-161, 1998/1999-116; Portugal (Coimbra) 1999-227, 2000-106, (Lisbonne) 1998/1999-252; Finlande 1997-131, 1998-135, 1999-63, 2000-356.

Sources: Points focaux nationaux. Données concernant Lisbonne: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., e.a., «HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon», *Seventh European conference on clinical aspects of HIV infection*, Lisbon, Portugal (abstract 866), octobre 1999, p. 23-27.

des niveaux d'infection entre les différents sous-groupes d'UDVI allant d'environ 1 % au Royaume-Uni à 32 % en Espagne. La situation globale n'a pas évolué ces dernières années. Toutefois, certains indices montrent de nouvelles hausses de la transmission du VIH chez les (sous-groupes d') UDVI dans certains pays (voir encadré ci-dessus).

Les données sur la prévalence de l'infection au virus de l'hépatite C (VHC) sont plus rares et, lorsqu'elles sont disponibles, elles sont soumises aux mêmes restrictions que les données sur le VIH. Toutefois, la situation globale est claire: la prévalence du virus de l'hépatite C est extrêmement élevée dans tous les pays de l'UE, avec des taux d'infection allant de 40 à 90 % dans différents sous-groupes d'UDVI (voir graphique 9). Les données disponibles sur la prévalence chez les UDVI de moins de

25 ans montrent des niveaux d'infection au virus de l'hépatite C de 20 % (en Belgique, traitement, 1998) à plus de 74 % (au Portugal, traitement de Coimbra, 2000) (voir graphique 27 du chapitre 3, section «Maladies infectieuses»). Ces taux laissent penser que la transmission du virus de l'hépatite C continue de se propager de façon importante dans plusieurs pays, malgré certaines études indiquant que l'introduction de mesures de prévention aurait réduit la transmission (Royaume-Uni).

Décès liés à la drogue et mortalité des usagers de drogues

Le nombre de décès directement liés à la drogue («surdoses») est parfois utilisé de façon simpliste pour apprécier l'état du phénomène de la drogue dans un pays et pour procéder à des comparaisons. Les décès liés à la drogue sont une source de préoccupation sociale et

Méthodologie et définitions des décès liés à la drogue

Ce rapport s'intéresse aux décès directement liés à la drogue (surdoses) sauf spécification contraire.

La comparaison directe entre pays peut induire en erreur car le nombre de décès liés à la drogue dépend non seulement de la prévalence de l'usage problématique de drogues et des comportements à risque (tels que l'injection), mais également des définitions nationales et des méthodologies d'enregistrement. Le Portugal a par exemple adopté une définition plutôt inclusive alors que la Suède est récemment passée d'une définition large à une définition plus restrictive ⁽¹⁾.

Les décès liés à la drogue et le taux de mortalité des usagers de drogues sont l'un des indicateurs épidémiologiques clés de l'OEDT. Un protocole standard européen a été développé pour rapporter les cas des registres généraux de mortalité et des registres spéciaux — de médecine légale ou de police. Ce protocole standard a été testé dans tous les États membres et une collaboration étroite est entretenue avec Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé ⁽²⁾.

Lorsque les définitions, les méthodologies et la qualité des comptes-rendus sont cohérents dans un pays donné, les statistiques peuvent indiquer les tendances à long terme, et si elles sont correctement analysées et recoupées avec d'autres indicateurs, elles peuvent constituer une source précieuse pour le suivi des modèles de consommation de drogues plus extrêmes.

Les décès indirectement liés à la consommation de drogues — décès du sida, accidents de la circulation, violence ou suicide — devraient également être pris en compte pour évaluer l'impact global de l'usage abusif de drogues, mais d'autres sources d'information sont nécessaires et la méthodologie doit être davantage axée sur la recherche.

- (1) Encadré 1 EL — Définitions du «décès directement lié à la drogue» dans les États membres de l'UE, telles qu'utilisées dans le Rapport annuel de l'OEDT et mentionnées dans les rapports nationaux (version en ligne).
- (2) Encadré 2 EL — Proposition de norme de l'OEDT pour évaluer le nombre de décès directement liés à la drogue — Norme sur les décès liés à la drogue, version 1.0 (version en ligne).

politique, notamment les décès directement liés à la drogue chez les jeunes.

Particularités des décès directement liés à la drogue

Au cours des 5 dernières années (1994-1999), selon les informations disponibles, le nombre global de cas rapportés par les pays de l'UE oscillait entre 7 000 et 8 000 cas. Dans l'UE, les opiacés sont encore la principale drogue en cause dans la plupart des décès directement liés à la drogue — «surdoses» ou «empoisonnements» ⁽¹⁰⁾.

La présence d'autres substances, en particulier l'alcool, les benzodiazépines ou la cocaïne, est courante. La présence de dépresseurs tels que l'alcool ou les benzodiazépines accroît le risque de décès par surdose d'opiacés. Les décès dus exclusivement à la prise de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy sans opiacés semblent peu courants en Europe.

Nombre de décès liés à l'usage d'opiacés interviennent jusqu'à trois heures après la prise de drogue, ce qui laisse le temps pour une intervention médicale. Par ailleurs, d'autres toxicomanes sont souvent témoins des surdoses mortelles et non mortelles, d'où la possibilité d'intervenir

médicalement — dans ces cas, il est donc important que les usagers soient informés des moyens permettant d'obtenir efficacement de l'aide.

La plupart des décès dus aux opiacés touchent des usagers par voie intraveineuse qui ont la trentaine révolue ou s'en approchent, en général après plusieurs années de consommation, la majorité étant des hommes. Comme chez les patients qui commencent un traitement, on note une tendance marquée au vieillissement chez les consommateurs d'opiacés décédés dans de nombreux pays de l'UE ⁽¹¹⁾.

Certains décès liés à la cocaïne peuvent passer inaperçus en raison du contexte social des victimes ou d'une présentation clinique différente (maladie cardiaque ischémique ou arythmie). Le personnel des services d'urgence devrait être conscient de cette possibilité. Les décès directement liés à la prise d'ecstasy semblent rares malgré les inquiétudes suscitées par cette drogue au milieu des années 90 dans certains pays européens.

La méthadone a été identifiée dans un certain nombre de décès liés à la drogue et son rôle a été discuté dans plusieurs pays européens. Depuis que les traitements de

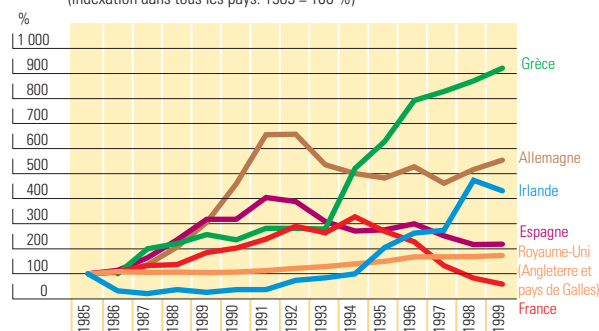
⁽¹⁰⁾ Graphique 10 EL — Proportion des usages abusifs d'opiacés et d'autres drogues parmi les cas de décès liés à la drogue (pourcentages valables basés sur les cas de toxicologie connue) (version en ligne).

⁽¹¹⁾ Graphique 11 EL — Proportion d'individus de plus de 30 ans parmi les décès liés à la drogue dans certains pays de l'UE, 1986 et 1999 (version en ligne).

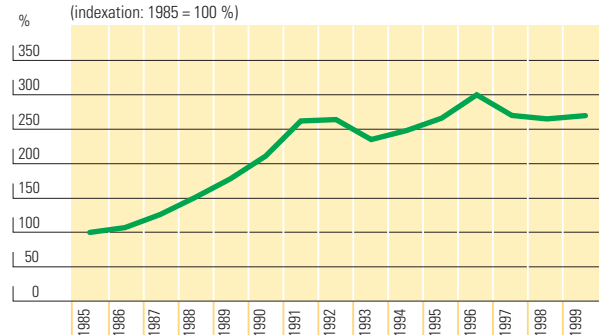
L'offre et la demande de drogues

Graph. 10 Tendances en matière de décès directement liés à la drogue, dans certains pays de l'UE et globalement, 1985-1999

Exemples de tendances divergentes dans certains pays de l'UE
(indexation dans tous les pays: 1985 = 100 %)



Tendances globales dans l'UE
(indexation: 1985 = 100 %)



NB: Ces tendances peuvent être calculées pour tous les pays de l'UE. Certaines d'entre elles sont présentées à titre d'exemples. Les variations proportionnelles pour les chiffres de 1985 sont présentées. Pour la Grèce, la série commence en 1986 afin d'éviter toute distorsion. Dans certains pays présentant une tendance à la hausse, un meilleur système d'établissement de rapports peut contribuer partiellement à cette augmentation. Tous les pays n'ont pas fourni des données pour toutes les années, mais il a été tenu compte de cette situation dans l'analyse.

Sources: Rapports nationaux Reitox, 2000, extraits des registres nationaux de mortalité ou de registres spéciaux (de médecine légale ou de police). Voir également les tableaux épidémiologiques standard sur le site web de l'OEDT.

substitution à la méthadone se sont développés en Europe, les examens toxicologiques de décès dus au sida ou d'accidents indiquent de plus en plus la présence de méthadone. Quelques études locales donnent à penser que certains décès directement liés à la drogue pourraient provenir de méthadone thérapeutique détournée sur le marché illégal, peut-être en raison de services de prescription mal organisés. L'amélioration de l'organisation des programmes de substitution à la méthadone a été recommandée dans certains pays. Malgré ces problèmes, les recherches indiquent que les traitements de substitution réduisent les risques de décès liés à la drogue pour les participants.

Tendances des décès directement liés à la drogue

De nombreux pays de l'UE ont connu une hausse marquée des cas de décès directement liés à la drogue entre le milieu des années 80 et le début des années 90. Cette hausse s'est stabilisée depuis dans l'ensemble de l'UE, entre 7 000 et 8 000 par an, et certains pays affichent même des baisses.

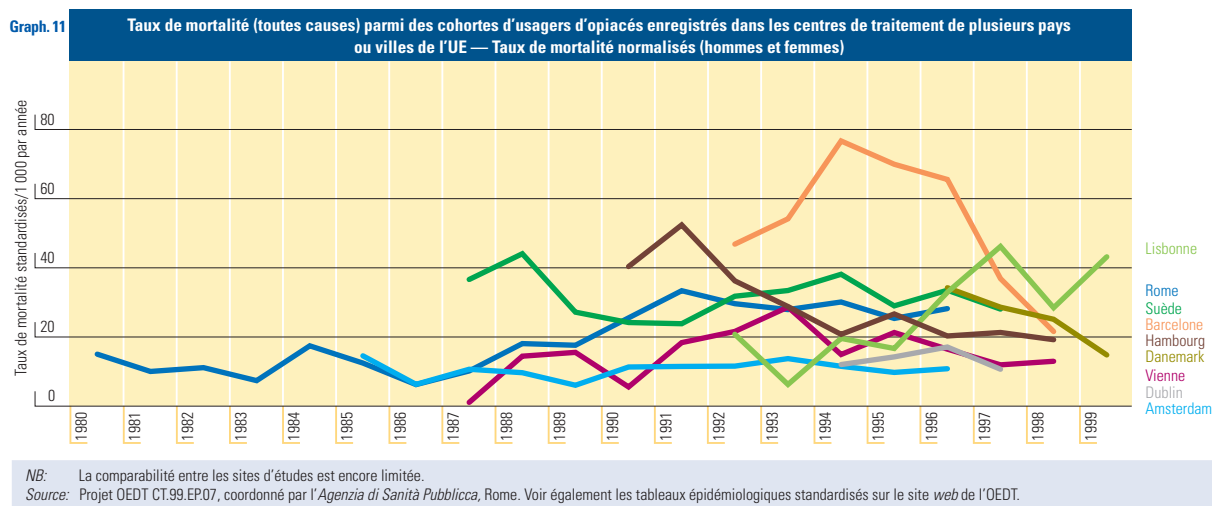
De nombreux facteurs ont probablement contribué à la récente stabilisation des décès liés à la drogue. Le nombre d'utilisateurs à problème s'est stabilisé et les données issues des traitements montrent que les pratiques à risque, par exemple l'injection, ont également diminué dans certains pays. De plus, les activités de traitement — y compris les programmes de substitution — se sont développées dans la plupart des pays et l'assistance médicale en cas de surdose s'est améliorée.

La stabilisation est cohérente avec la baisse de la mortalité globale (dans certains cas également dans les décès par surdoses) parmi les cohortes d'utilisateurs à problème décrites plus loin (section concernant la mortalité des usagers de drogues).

Au sein de la tendance globale pour l'UE, on peut distinguer différentes tendances nationales.

- Plusieurs pays présentent une tendance générale à la baisse, avec toutefois des fluctuations selon les années, par exemple, en Autriche, en France, en Allemagne, au Luxembourg, en Italie et en Espagne. L'Autriche (1999), l'Allemagne (1999-2000) et le Luxembourg (1997-1998) ont récemment fait état de nouvelles hausses, mais pas aussi importantes que les valeurs précédentes. Cette évolution doit être contrôlée attentivement.
- Certains pays ont rapporté une tendance à la hausse importante jusqu'à récemment — par exemple, la Grèce, l'Irlande (baisse observée en 1999) et le Portugal. Ces augmentations sont probablement liées à une propagation tardive de l'usage d'héroïne dans ces pays au cours des années 90, ce qui peut s'expliquer par leur évolution sociologique. Les pratiques d'enregistrement peuvent également s'être améliorées. L'utilisation d'une définition de cas plus large peut en partie expliquer l'augmentation marquée récemment observée au Portugal.
- Au Royaume-Uni, la tendance à la hausse est modérée mais continue. Dans d'autres pays, la tendance est stable, ou est difficile à évaluer en raison de changements récents apportés à la classification internationale des maladies (9^e révision à 10^e révision) ou aux définitions nationales.

Les comparaisons entre les estimations de décès liés à la drogue pour l'UE et les États-Unis doivent être réalisées et interprétées avec beaucoup de prudence. Les définitions européennes actuelles des décès liés à la drogue sont assez hétérogènes et la définition américaine est un peu plus large et comprend les substances psychoactives. Toutefois, il est important de noter que le nombre de cas



enregistrés dans les pays de l'UE (376 millions d'habitants) représente environ la moitié de ceux enregistrés aux États-Unis (270 millions d'habitants). Au cours de ces dernières années, le nombre de cas dans l'UE oscillait entre 7 000 et 8 000, alors que les États-Unis présentaient une tendance à la hausse, de 13 000 à environ 16 000 cas pour la même période (ONDCP, *the national drug control strategy, 2001 Annual Report*).

Mortalité des usagers de drogues

Les usagers à problème représentent une partie infime de la population, mais ils connaissent des problèmes de santé considérables et, en particulier, un taux de mortalité très élevé.

Des études consistant à suivre des groupes d'usagers à problème (généralement des usagers d'opiacés recrutés à partir des centres de traitement) sur plusieurs années ont montré clairement que les consommateurs d'opiacés ont un taux de mortalité global (toutes causes confondues) plus de vingt fois plus élevé que les tranches d'âge équivalentes au sein de l'ensemble de la population. Ce phénomène est dû à des surdoses, mais également à des accidents, à des suicides, au sida et à d'autres maladies infectieuses. D'autres facteurs de risque ont été identifiés: la mortalité des usagers par voie intraveineuse est deux à quatre fois plus élevée que pour les autres consommateurs de drogue alors que celle des usagers infectés par le VIH est deux à six fois supérieure à celle des usagers non infectés. L'usage d'opiacés associé à d'autres déprimeurs tels que l'alcool ou les benzodiazépines peut accroître le risque de surdoses.

La mortalité des usagers à problème qui ne consomment pas d'opiacés et ne s'injectent pas la drogue est nettement inférieure, même si les risques sanitaires sont plus difficiles à évaluer précisément. En général, les centres de

traitement antidrogue traditionnels enregistrent très peu de cas de grands consommateurs de cocaïne ou d'amphétamines et nombre d'entre eux sont d'anciens consommateurs d'opiacés, des usagers d'opiacés de façon concomitante, d'anciens UDVI ou des personnes en marge de la société. Différentes méthodologies et/ou sources peuvent être nécessaires pour ces toxicomanes qui sont des cas différents des consommateurs traditionnels d'opiacés.

Une étude multisite coordonnée par l'OEDT a établi des cohortes dans neuf villes ou pays européens en suivant, dans la mesure du possible, un protocole commun développé dans le cadre de l'indicateur clé «décès liés à la drogue et mortalité chez les usagers de drogues». L'étude montre des différences substantielles dans les taux de mortalité globale et les causes de décès suivant le lieu.

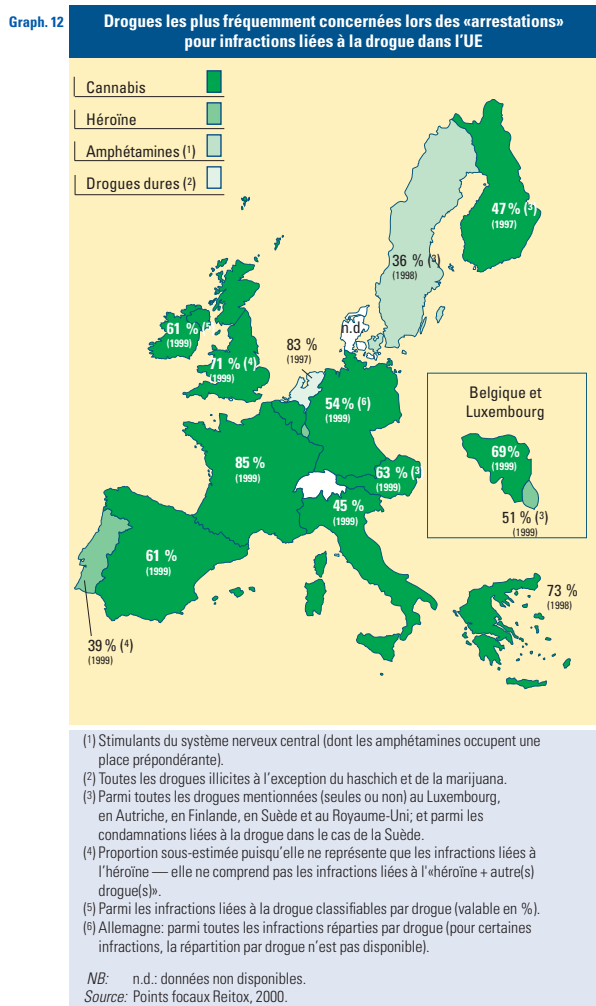
Tendances de la mortalité des usagers de drogues

L'étude de l'OEDT mentionnée ci-dessus révèle que les taux de mortalité ont atteint sur plusieurs sites leur niveau maximal au début ou au milieu des années 90, et ont diminué ces dernières années (Barcelone, Hambourg, Vienne et peut-être au Danemark — les informations fournies ne concernant que ces dernières années). À Barcelone, ce phénomène a été particulièrement visible: la mortalité a dépassé 50 pour 1 000 usagers par an de 1992 à 1996 avant de baisser sensiblement, ce qui reflète principalement une chute des décès dus au sida et, dans une moindre mesure, des décès par surdose.

Indicateurs de répression

Les infractions à la législation nationale antidrogue (telles que l'usage, la possession et le trafic) reflètent des variations dans les lois ainsi que dans les ressources et les

L'offre et la demande de drogues



priorités des forces répressives. Bien que certaines divergences dans les procédures d'enregistrement et les définitions limitent les comparaisons, les tendances ont été comparées dans la mesure du possible.

«Arrestations»⁽¹²⁾ pour infractions liées à la drogue

En 1999, le cannabis reste la substance la plus souvent en cause lors d'«arrestations» liées à la drogue — représentant 45 % des arrestations liées à la drogue en Italie et 85 % en France. En Suède, les amphétamines sont un peu plus fréquemment en cause dans les arrestations que le cannabis. Au Luxembourg et au Portugal, l'héroïne est prédominante, alors qu'aux Pays-Bas, la plupart des infractions liées à la drogue concernent des «drogues dures» (autres que le cannabis et ses dérivés).

La majorité des infractions liées à la drogue concerne l'usage ou la possession de drogues pour usage person-

nel, hormis en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas où les infractions concernent uniquement la vente ou le trafic de drogues. Comme les années précédentes, en 1999, au Luxembourg, la majorité des «arrestations» concerne l'usage et le trafic de drogues.

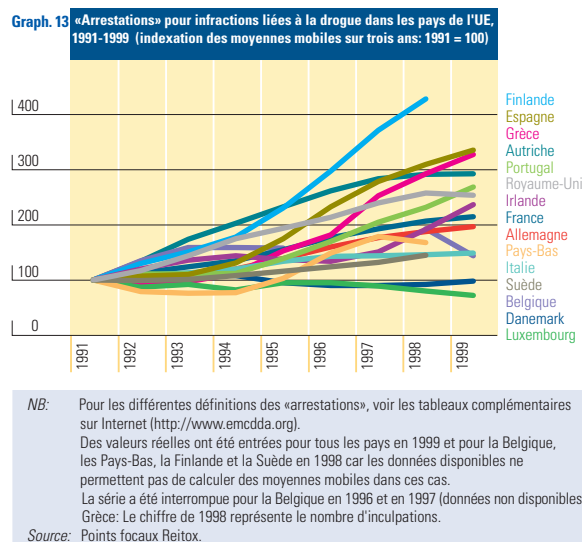
Tendances

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

Au cours des trois dernières années, le nombre d'«arrestations» liées à la drogue a augmenté dans la plupart des pays de l'UE. Les hausses les plus marquées sont relevées en Grèce, en Irlande, au Portugal et en Espagne. En 1999, la Belgique et le Royaume-Uni étaient les deux seuls pays enregistrant une baisse du nombre d'«arrestations» liées à la drogue⁽¹³⁾.

Usagers de drogues en prison

La prévalence des usagers de drogues en prison est principalement évaluée grâce à un certain nombre d'études ad hoc menées au niveau local. Jusqu'à 90 % des prisonniers indiquent avoir consommé une drogue illicite au cours de leur vie. Le taux d'usagers à problème et/ou d'usagers de drogue par voie intraveineuse est



(12) Les États membres donnent des définitions différentes des «arrestations» pour infractions liées à la drogue. Le terme peut désigner, par exemple, des personnes accusées de délinquance ou des accusés d'infraction à la législation sur les drogues. Veuillez consulter le Bulletin statistique sur Internet (<http://www.emcdda.org>) pour les définitions exactes.

(13) Tableau 3 EL — Nombre d'«arrestations» pour infractions liées à la drogue dans les pays de l'UE (version en ligne).

Accès aux drogues des lycéens de 15 à 16 ans

D'après les enquêtes scolaires de l'ESPAD, l'impression d'accessibilité des drogues par les 15-16 ans semble avoir augmenté entre 1995 et 1999 dans tous les pays participants de l'UE (1) hormis l'Irlande et le Royaume-Uni où elle a diminué. En 1999, 20 à 60 % des lycéens considéraient qu'il était «très facile» ou «assez facile» de se procurer du cannabis, 5 à 20 % donnaient cette réponse pour l'héroïne et la cocaïne, et 6 à 38 % pour les amphétamines et l'ecstasy. L'impression de disponibilité des drogues illicites est généralement très faible en Finlande et relativement élevée au Danemark, en Irlande et au Royaume-Uni.

(1) Pays participants de l'UE: Danemark, Grèce, France, Irlande, Italie, Portugal, Finlande, Suède et Royaume-Uni.

Source: Le rapport ESPAD 1999. Pour les références complètes, voir à la page 11.

inférieur, mais peut atteindre jusqu'à 50 % de la population carcérale dans certaines régions (14).

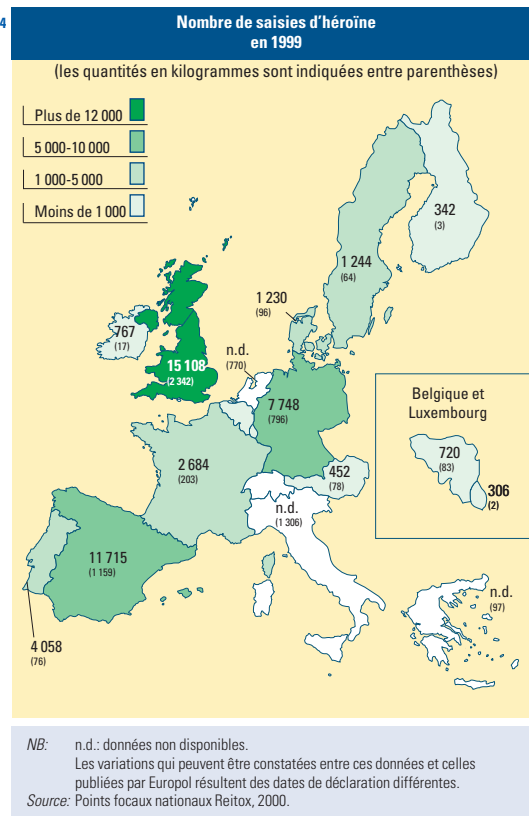
Plusieurs pays de l'UE font état de consommation de drogues dans les prisons. L'injection semble moins fréquente à l'intérieur des prisons qu'à l'extérieur, mais les UDVI sont plus susceptibles de partager leur matériel d'injection en prison.

Indicateurs du marché de la drogue: saisies, prix, degré de pureté

Les informations sur les saisies, le prix et le degré de pureté de la drogue analysées ci-après sont issues des points focaux Reitox. Les différences entre ces données et celles fournies par Europol sont dues aux variations dans les procédures de compte-rendu (15).

Si les saisies de drogues peuvent refléter indirectement l'offre et 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 peuvent être faussées avec des variations d'une année à l'autre en raison de quelques saisies exceptionnellement importantes. Le nombre de saisies qui inclut, dans tous les pays, une grande proportion de petites

Graph. 14



saisies de détail, est généralement un indicateur plus pertinent des tendances au niveau de l'utilisateur. L'origine et la destination de la drogue saisie peuvent donner des renseignements, lorsque ces informations sont connues, sur les routes de trafic et les zones de production. La plupart des États membres fournissent des informations sur le prix et le degré de pureté de la vente au détail de drogues, mais les données détaillées restent limitées et ne permettent pas des comparaisons précises. Toutefois, elles peuvent fournir une indication globale sur la disponibilité des différentes drogues, ainsi que sur l'accès aux drogues pour l'utilisateur.

Héroïne

En 1999, plus de 7 tonnes d'héroïne ont été saisies dans l'UE, dont un tiers au Royaume-Uni. L'héroïne saisie dans l'UE provient principalement du Croissant d'or (Asie du Sud-Ouest: Afghanistan, Pakistan), et du Triangle d'or (Asie du Sud-Est: Myanmar, Laos, Thaïlande), via la Turquie, les Balkans et les Pays-Bas. Toutefois, on relève un trafic croissant via les pays d'Europe du Nord-Est, notamment la Russie.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue oscillait entre 30 et 340 euros par gramme en 1999 dans l'UE. Les prix les plus élevés sont relevés en Finlande et en Suède. Le degré

(14) Tableau 4 EL — Proportion des consommateurs de drogues en milieu carcéral dans les pays de l'UE (version en ligne).

(15) Tableau 5 EL — Saisies de drogues dans les pays de l'UE, 1999 (version en ligne).

L'offre et la demande de drogues

de pureté de l'héroïne varie généralement de moins de 20 % à 35 %, mais le Danemark, la Finlande et le Royaume-Uni affichent une pureté moyenne plus élevée.

Tendances

Au niveau européen, les saisies d'héroïne ont augmenté jusqu'en 1991-1992 puis se sont stabilisées. Le nombre de saisies s'est accru régulièrement au Luxembourg, au Portugal et en Suède depuis 1985, alors que l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne et l'Espagne connaissent des baisses importantes depuis 1996-1997. Dans tous les États membres, les quantités saisies ont fluctué sur cette période, avec une baisse importante en 1999 en Autriche, en France, en Grèce, en Irlande et aux Pays-Bas, alors que l'Italie et l'Espagne enregistraient une forte hausse du volume d'héroïne saisi.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue est resté globalement stable, même si le Luxembourg, le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni ont récemment connu une baisse. Le degré de pureté de l'héroïne est stable ou en baisse dans tous les pays, sauf en Allemagne et au Royaume-Uni où il a récemment augmenté.

Cocaïne ⁽¹⁶⁾

L'Espagne reste le pays de l'UE affichant le nombre le plus important de saisies de cocaïne. La cocaïne disponible en Europe provient généralement d'Amérique latine (notamment de Colombie, du Brésil et du Venezuela) via l'Amérique centrale, l'Espagne et les Pays-Bas.

Le prix de vente au détail de la cocaïne variait entre 35 et 170 euros par gramme en 1999. Les prix les plus bas sont relevés en Belgique et en Espagne et les plus élevés en Finlande. Le degré de pureté de la cocaïne est généralement élevé, entre 55 et 70 % dans la plupart des pays, sauf en Irlande où la moyenne est de 41 % en 1999.

Tendances

Le nombre total de saisies de cocaïne a augmenté régulièrement depuis le milieu des années 80 dans l'UE et semble s'être stabilisé en 1999. Les saisies de cocaïne ont nettement augmenté en 1999 au Luxembourg et en Suède, alors qu'elles ont diminué en Autriche, en Belgique et au Danemark.

Après des augmentations jusqu'en 1990, les quantités de cocaïne saisies se sont stabilisées et, depuis 1994, ces quantités fluctuent, avec une tendance générale à la hausse. Ces dernières années, les quantités ont augmenté

en France et en Suède et ont diminué en Grèce, en Irlande et au Luxembourg.

Le prix de la cocaïne est généralement stable dans la plupart des pays mais baisse au Luxembourg, au Portugal et au Royaume-Uni. Le degré de pureté est généralement stable, avec une augmentation au Royaume-Uni en 1999.

Drogues synthétiques: amphétamines, ecstasy et LSD ⁽¹⁷⁾

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

La production locale de drogues synthétiques aux Pays-Bas est importante, mais cette production a également été démontrée dans d'autres États membres (Belgique et Royaume-Uni) et dans les pays d'Europe de l'Est (Estonie, Pologne, République tchèque).

Les amphétamines seraient vendues entre 5 et 60 euros par gramme, alors que pour l'ecstasy, le prix serait de 5 à 25 euros pour chaque comprimé. Les drogues synthétiques sont moins chères en Belgique et au Royaume-Uni. Le degré de pureté des amphétamines est très variable, de 3 % en Irlande à 55 % en Finlande, mais est généralement compris entre 10 et 20 % dans l'UE. Les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy contiennent — dans 15 à 90 % des cas — de l'ecstasy ou des substances analogues à l'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA). De 6 à 22 % des comprimés contiennent des amphétamines (ou métamphétamines), mais ils peuvent également renfermer différentes autres substances psychoactives.

Tendances

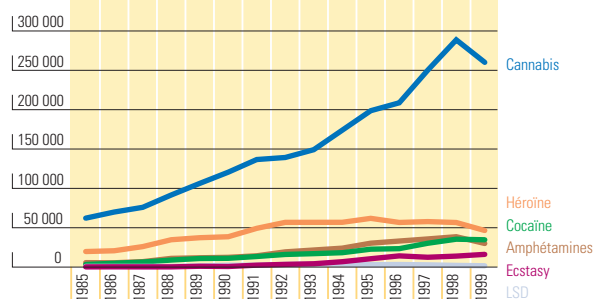
Les saisies d'amphétamines ont augmenté (tant en nombre qu'en quantités) depuis 1985. En 1999, le nombre de saisies d'amphétamines a continué de s'accroître en Finlande et en Suède alors qu'il s'est stabilisé ou a diminué dans les autres pays. Les quantités ont atteint un maximum en 1997-1998 dans la plupart des États membres.

Les saisies d'ecstasy ont augmenté jusqu'en 1996, puis se sont stabilisées et ont à nouveau augmenté en 1999 dans tous les pays, hormis la Belgique et le Luxembourg. Les quantités d'ecstasy saisies ont suivi la même tendance à la hausse depuis 1985 puis se sont stabilisées à partir de 1993 avant d'atteindre un maximum en 1996 et de redes-

⁽¹⁶⁾ Graphique 12 EL — Nombre de saisies de cocaïne en 1999 (version en ligne).

⁽¹⁷⁾ Graphique 13 EL — Nombre de saisies d'amphétamines en 1999 (version en ligne).

Graph. 15 Nombre de saisies de cannabis, d'héroïne, de cocaïne, d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD dans les pays de l'UE, 1985-1999



NB: Les données ne sont pas disponibles pour la Grèce; pour d'autres pays, elles ne sont disponibles qu'à partir de 1988 (Danemark, Portugal), 1993-1996 (Finlande) et 1997 (Pays-Bas). Les nombres de saisies sont sous-estimés en 1999 car les données ne sont pas disponibles pour l'Italie et les Pays-Bas.
 Cannabis, héroïne et cocaïne: les données ne sont pas disponibles en 1999 pour l'Italie et les Pays-Bas.
 Amphétamines: les données ne sont pas disponibles à partir de 1998 pour l'Autriche et en 1999 pour l'Italie. Les données concernant 1998 et 1999 pour la Belgique comprennent également les saisies d'ecstasy.
 Ecstasy: la plupart des séries de données débutent dans la première moitié des années 90 (à l'exception de l'Espagne, de la France, de l'Italie, du Royaume-Uni). Les données ne sont pas disponibles en 1999 pour l'Italie et les Pays-Bas. Les données concernant 1998 et 1999 pour la Belgique comprennent également les saisies d'amphétamines.
 Entre 1985 et 1994, les données pour l'Espagne comprennent également les saisies de LSD.
 LSD: les données en 1999 concernant les Pays-Bas et la Finlande ne sont pas disponibles.

Source: Points focaux Reitox.

endre en 1997. Depuis lors, tous les États membres sauf l'Autriche et l'Irlande ont connu une hausse. Les augmentations les plus marquées sont relevées en Finlande, en Allemagne, en Grèce, au Portugal, en Suède et au Royaume-Uni.

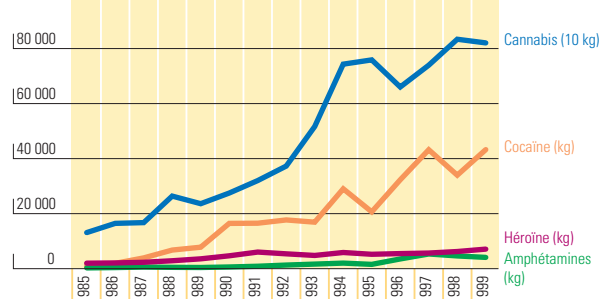
Les saisies de LSD sont moins fréquentes. Tant le nombre de saisies de LSD que les quantités concernées ont augmenté jusqu'en 1993 puis diminué. En 1999, les quantités ont continué à diminuer dans tous les pays sauf en Autriche, en Grèce, au Portugal et au Royaume-Uni.

Après des baisses significatives dans les années 90, les prix des amphétamines et de l'ecstasy se sont stabilisés dans l'UE. Toutefois, on note des baisses en 1999 pour l'ecstasy au Portugal et pour les amphétamines en Suède, alors qu'en Grèce le prix des comprimés d'ecstasy a doublé. Au cours de ces dernières années, la proportion de comprimés contenant de l'ecstasy ou des substances analogues à l'ecstasy a augmenté dans la plupart des pays alors que ceux contenant des amphétamines (et métamphétamines) ont diminué.

Cannabis

Dans tous les pays de l'UE à l'exception du Portugal où les saisies d'héroïne sont prédominantes, la majorité des saisies concernent le cannabis. Depuis 1996, l'Espagne est le pays ayant saisi les plus grosses quantités de cannabis, bien que le Royaume-Uni ait enregistré un nombre

Graph. 16 Quantités de cannabis, de cocaïne, d'héroïne et d'amphétamines saisies dans les pays de l'UE, 1985-1999



NB: Certaines des quantités saisies sont sous-estimées car les données ne sont pas disponibles. Amphétamines: depuis 1988, les données pour l'Autriche ne sont pas disponibles. À partir de 1996, les données pour la Belgique comprennent à la fois les saisies de poudre d'amphétamines et d'ecstasy (les comprimés d'amphétamines et d'ecstasy saisis ne sont pas compris dans ces données).

Source: Points focaux Reitox.

de saisies plus important mais impliquant en moyenne des quantités inférieures (18).

La résine de cannabis provient généralement du Maroc via l'Espagne et les Pays-Bas. L'herbe de cannabis vient de l'Afghanistan, du Pakistan et du Liban ainsi que des anciennes colonies. La plupart des États membres font état d'une production locale, notamment la production de *nederwiet* (19) aux Pays-Bas.

En 1999, le prix au détail du cannabis variait entre 3 et 18 euros par gramme de résine de cannabis et entre 3 et 12 euros par gramme de feuilles de cannabis.

Le pourcentage de substance psychoactive, le delta 9-tétrahydrocannabinol (THC), dans la résine de cannabis variait de 3 à 15 % en moyenne, bien que certains échantillons fassent état de 0 à 70 % de THC dans l'UE. La teneur en THC des feuilles de cannabis est généralement inférieure, entre 2 et 7 %, à l'exception des *nederwiet* de cannabis dont le pourcentage est plus élevé (8,6 % en moyenne).

Tendances

Le nombre de saisies de cannabis a augmenté régulièrement depuis 1985 dans l'UE. En 1999, cette hausse s'est accentuée dans tous les pays sauf la Belgique, le Danemark et le Royaume-Uni qui ont connu une baisse. Les quantités saisies ont également augmenté et se sont stabilisées entre 1995 et 1997. Depuis lors, la plupart des pays affichent une tendance à la hausse malgré des baisses significatives en Autriche, en Belgique, en Grèce et au Royaume-Uni en 1999.

Les prix du cannabis sont généralement stables dans l'UE, malgré une baisse au Portugal depuis 1997.

(18) Graphique 14 EL — Nombre de saisies de cannabis en 1999 (version en ligne).

(19) *Nederwiet*: plants de cannabis néerlandais cultivés localement aux Pays-Bas.

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 de l'UE. Il examine les réponses au problème de la drogue dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'assistance sociale et du droit pénal.

Réponses politiques et stratégiques

Au niveau européen

Plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004)

En juin 2000, le Conseil européen de Santa Maria da Feira a approuvé le plan d'action antidrogue de l'UE qui est un instrument majeur pour traduire la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) en actions concrètes. La stratégie fixe 11 objectifs généraux et 6 objectifs principaux pour l'UE alors que le plan d'action décrit près de 100 activités spécifiques qui doivent être menées d'ici la fin de l'année 2004 par l'UE. Les 6 objectifs principaux sont:

- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, la prévalence de la consommation de drogues ainsi que le recrutement de nouveaux consommateurs de drogue, particulièrement parmi les jeunes de moins de 18 ans;
- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, la fréquence des effets nocifs des drogues pour la santé (VIH, hépatites B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue;
- augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès;
- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, la disponibilité des drogues illicites;
- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, le nombre de crimes liés à la drogue;

- diminuer de manière significative, dans un délai de 5 ans, le blanchiment d'argent et le trafic illicite de précurseurs.

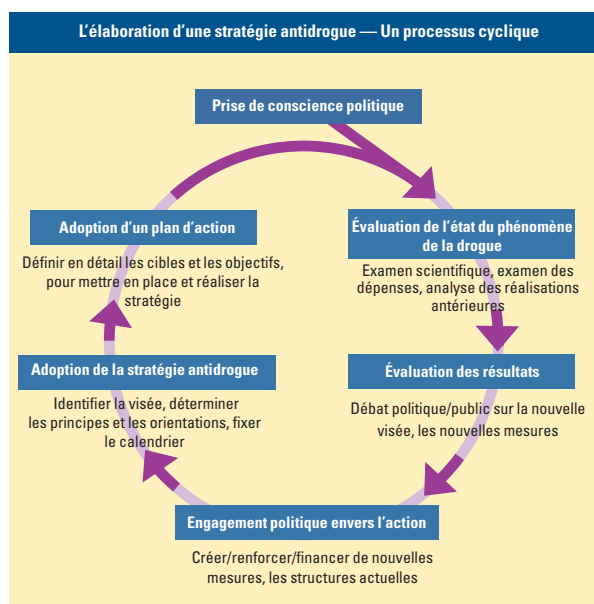
Bien qu'il ne soit pas légalement contraignant, le plan d'action constitue pour l'UE une nouvelle étape dans la lutte contre la drogue, car il réaffirme l'engagement des États membres pour la réalisation des objectifs fixés dans la stratégie de 1999. Le plan d'action comprend également des orientations et des cadres d'action et souligne qu'il est essentiel de procéder régulièrement à des évaluations — prévues pour 2002 et la fin de 2004.

Le plan d'action prête une attention particulière à la coordination et à l'information, reflétant ainsi la nécessité d'adopter une approche équilibrée dans laquelle la réduction de la demande et celle de l'offre constituent des facteurs se renforçant mutuellement. Il souligne également l'importance d'intégrer les pays candidats pour illustrer l'engagement de l'UE auprès de ces pays afin de les aider à traiter le problème de la drogue le plus efficacement possible.

Au niveau national — Stratégies antidrogue des États membres de l'Union européenne

Tous les États membres font état d'un regain d'activité en matière d'examen et de révision des politiques antidrogue. L'état d'avancement, l'étendue et le contenu de ces initiatives sont très variables, mais ils illustrent une tendance au renforcement et à l'amélioration des politiques de lutte contre la drogue. Cette évolution semble due à la reconnaissance que les multiples facettes du problème de la drogue ne peuvent être traitées efficacement par une réponse unique et qu'il est intéressant de

Graph. 17



disposer de réponses multidirectionnelles lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie coordonnée à long terme.

L'évaluation scientifique et régulière est considérée comme essentielle pour la révision des stratégies antidrogue. Le graphique 17 illustre une approche adoptée par plusieurs États membres, à savoir comment la nouvelle prise de conscience politique par rapport au problème de la drogue s'inscrit dans un processus cyclique d'examen scientifique, d'évaluation, de débat politique puis de formulation, d'adoption et d'action.

Accords de coordination en matière de drogue

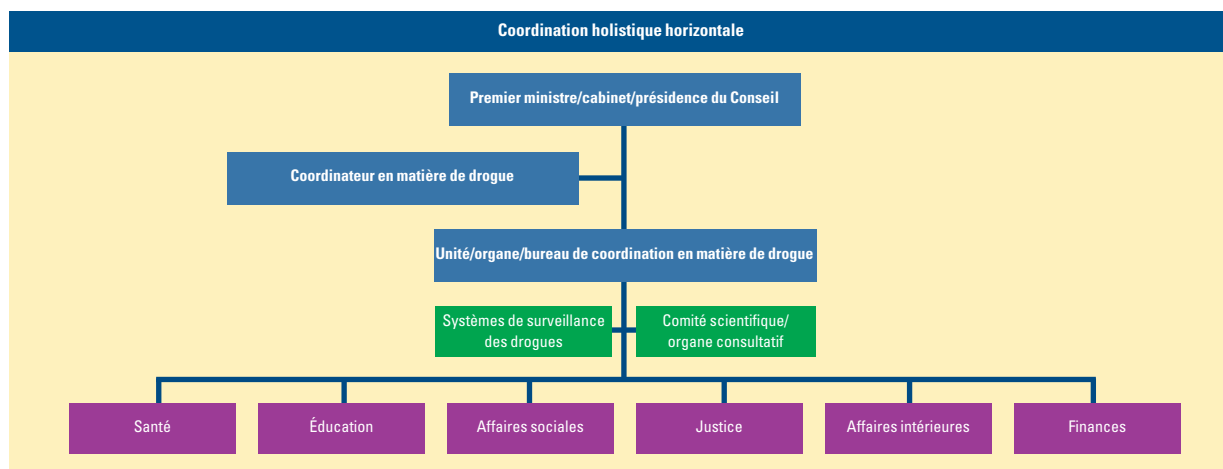
Le plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004) invite les États membres à créer et à renforcer des mécanismes nationaux de coordination et/ou à désigner un coordinateur national en matière de drogue dont l'objectif sera de

Graph. 18

Aperçu de l'évolution récente des stratégies antidrogue	
Adoptées	1998-1999
Autriche	Programme viennois de politique en matière de drogue, 1999; Salzbourg, plan d'action
France	Stratégie française en matière de drogue, 1999-2001
Irlande du Nord	Stratégie en matière de drogue: abus de drogues en Irlande du Nord: une déclaration de politique générale, 1999
Norvège	Plan d'action pour la réduction de la consommation de drogues, 1998-2000
Portugal	Stratégie portugaise en matière de drogue, 2000
Écosse	Stratégie en matière de drogue: traiter le problème de la drogue en Écosse — action en partenariat, 1999
Espagne	Stratégie espagnole en matière de drogue, 2000-2008
Royaume-Uni	Stratégie en matière de drogue: «Tackling drugs to build a better Britain» (Traiter le problème de la drogue pour parvenir à une Grande-Bretagne meilleure), 1998-2008
Adoptées	2000-2001
Autriche	Plans d'action: Styrie, Basse-Autriche
Belgique	Note politique, 2001
Irlande	«Building on experience» (Se fonder sur l'expérience), stratégie nationale irlandaise en matière de drogue, 2001-2008
Luxembourg	Plan d'action, 2000-2004
Portugal	Plan d'action, 2000-2004
Écosse	Plan d'action exécutif écossais «Protecting our future» (Protéger notre avenir), 2001
Pays de Galles	«Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach» (Traiter l'abus de drogues: une approche en partenariat), 2001
Royaume-Uni	Plan national 2000/2001
En cours	2000-2001
Finlande	Révision de la décision de principe pour 2001-2003
Grèce	Étude parlementaire impliquant toutes les parties concernant les mesures de politique en matière de drogue, 2000
Suède	Un plan d'action en matière de drogue doit être lancé en 2001

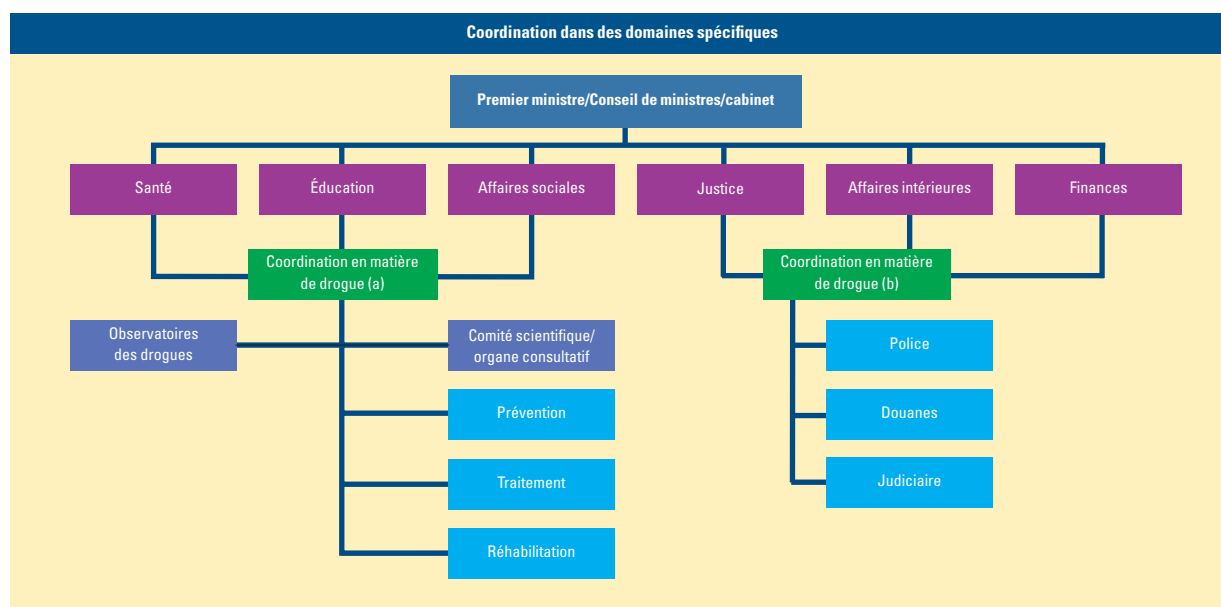
lutter contre la drogue en adoptant une stratégie globale, pluridisciplinaire, intégrée et équilibrée. Il invite également le Conseil à donner régulièrement l'occasion aux responsables nationaux de la coordination des politiques en matière de drogue de se réunir afin de procéder à un

Graph. 19



Réponses à la consommation de drogues

Graph. 20



échange de vues sur l'évolution de la situation au niveau national et d'étudier les possibilités d'une coopération accrue ⁽²⁰⁾.

Tous les États membres ont mis en place des organes ou des mécanismes de coordination en matière de drogue avec toutefois des différences significatives en termes de structure et d'organisation. Afin de broser un tableau précis du système de coordination en matière de drogue en Europe, l'OEDT a entrepris une révision préliminaire en 2000 qui sera finalisée en 2002. Les résultats de ces recherches (disponibles à l'adresse: <http://www.emcdda.org>) montrent une évolution dans certains États membres pour instaurer ou renforcer les organes de coordination au niveau central. Dans certains États membres (tels que l'Espagne, la France et le Portugal), toutes les questions liées à la drogue et à la toxicomanie sont traitées par un organe ayant des pouvoirs décisionnels très hiérarchisés et directement rattaché au Premier ministre (voir graphique 19).

Dans d'autres pays de l'UE (tels que l'Allemagne, la Grèce, l'Italie, la Finlande et le Royaume-Uni) la coordination est organisée au niveau interministériel — sans présence de cellule centrale de coordination — avec des contacts et des réunions réguliers entre les administrations gouvernementales impliquées dans chacun des aspects du problème de la drogue. Généralement, dans ce deuxième modèle, le ministère des affaires sociales ou de la santé est responsable de la coordination sur les questions liées à la drogue. Un coordinateur en matière

de drogue peut aussi être nommé — responsable des questions sanitaires et sociales, mais également chargé d'assurer la liaison avec les ministères travaillant dans d'autres domaines liés aux drogues (voir graphique 20).

Législation et répression

L'OEDT s'est engagé à observer les principales tendances et évolutions dans les lois en matière de drogue. Dans cette perspective, une base de données juridique présentant les législations en matière de drogue, les profils par pays et des études comparatives est disponible en ligne sur Internet (<http://eldd.emcdda.org>).

Parmi les principales évolutions récemment enregistrées, on note que, au Portugal, aucune sanction pénale ne sera appliquée pour usage privé de substances illicites après le 1^{er} juillet 2001 (loi 30/2000 adoptée en novembre 2000). Les auteurs de délits liés à la drogue seront orientés vers des traitements ou conseillés par des commissions spécifiques. Depuis mai 2001, l'usage et la possession de cannabis au Luxembourg ne sont punis que par des amendes pécuniaires (conformément à la loi du 27 avril 2001). Le gouvernement belge tente d'édicter un décret afin de dépénaliser l'usage « non problématique » du cannabis.

Plusieurs rapports indiquent que l'usage privé de drogues ou la possession de drogues illicites pour consommation personnelle ne font pas partie des priorités des autorités européennes de répression: la criminalité plus grave et le trafic de drogues sont les principales cibles des pratiques

⁽²⁰⁾ Article 1.1.3 du plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004), Cordrogue 32 9283/00.

judiciaires contre les délinquants en matière de drogue. Les nouvelles mesures en faveur de la dépénalisation ou la non-répression des infractions liées à la consommation de drogues mises en œuvre dans certains États membres semblent confirmer cette tendance. Une récente étude sur la répression des infractions liées à la drogue, commandée par l'OEDT en 2000, a également conclu que la procédure judiciaire impliquant la possession/la consommation de petites quantités de drogues en privé est généralement interrompue avant d'arriver devant les tribunaux. La possession/l'usage public, la vente par des toxicomanes et les vols liés à la toxicomanie donnent toutefois souvent lieu à des mesures plus importantes de la part des procureurs et des tribunaux.

Un programme en matière de drogue mené sous la direction de tribunaux a été lancé en janvier 2001 à Dublin dans la perspective de contribuer à la réinsertion des délinquants de la drogue et de lutter contre la criminalité liée à la drogue. Ce tribunal — suivant les modèles américain, australien et canadien de tribunaux chargés des questions de drogue — est présidé par un juge spécialisé en matière de drogue qui traite exclusivement des délinquants usagers de drogues non violents en proposant des traitements sous contrôle et une réadaptation plutôt que l'incarcération. Le pouvoir exécutif écossais a également opté pour l'instauration d'un tribunal chargé des délits liés à la drogue d'ici à la fin de l'année 2001, alors qu'en Angleterre un certain nombre d'initiatives de ce type sont menées.

La révision de la loi fédérale autrichienne est entrée en vigueur le 8 avril 2001 abaissant ainsi de 5 à 3 grammes le seuil définissant une «grande quantité». Cette mesure aura des conséquences quant à la distinction entre les délits (acquisition et possession de petites quantités) et les crimes (production et possession de grandes quantités).

Le statut légal du cannabis thérapeutique a également donné lieu à des discussions.

En Allemagne, un amendement à la loi fédérale allemande sur les stupéfiants a défini un cadre de base permettant à chaque Land de déterminer les critères minimaux nécessaires pour l'établissement de salles d'injection (dans lesquelles les UDVI peuvent s'injecter de la drogue dans de bonnes conditions d'hygiène). Ainsi, chaque Land peut décider s'il autorise ou non ces salles de consommation. La loi prévoit aussi un registre central pour les traitements de substitution et exige que les médecins assurant ces traitements soient formés. Au Portugal, à la suite d'un débat public, un décret est envisagé pour réglementer la mise en place des salles d'injection. Au Luxembourg, la loi du 27 avril 2001 apporte le fondement juridique pour la création de salles d'injection.

En matière de confiscation des produits illégaux issus de la criminalité liée à la drogue, un projet de loi a été proposé au Royaume-Uni pour créer une agence de récupération des produits du crime («Criminal Assets Recovery Agency») et lancer un programme civil pour récupérer les produits illégaux des délinquants. Dans le même sens, le gouvernement finlandais a soumis une proposition au parlement visant à confisquer les produits de la criminalité liée à la drogue dans les cas où l'on soupçonne une origine illégale, à savoir le renversement de la charge de la preuve. En Irlande, depuis l'établissement en 1996 du Criminal Assets Bureau (CAB) sur une base statutaire ⁽²¹⁾, il incombe au délinquant de prouver que les biens ont été obtenus en toute légitimité. En Espagne, le plan national sur les drogues gère depuis 5 ans les produits illégaux confisqués. Pour la seule année 2000, plus de 4,5 millions d'euros issus de saisies de produits illégaux (bateaux, voitures, espèces) ont été

Graph. 21

Classification des concepts en matière de réduction de la demande			
Objectifs			
Environnement	Prévention	Traitement	Réduction des risques
Coercitif («Vous devez rester avec nous»)		Traitement en prison ⁽¹⁾ Mesures alternatives à la prison Soins coercitifs	Réduction des risques en prison ⁽¹⁾
Environnements fixes («Vous êtes ici avec nous»)	Écoles ⁽¹⁾	Traitement résidentiel	
Locaux fixes («Venez nous trouver»)	Maisons de jeunes	Traitement ambulatoire Traitement MG	Services à bas seuil ⁽¹⁾
Mobile («Nous vous cherchons»)	Travail de proximité et communautaire ⁽¹⁾		Travail de proximité ⁽¹⁾
Médias («Vous restez anonyme»)	Internet, médias ⁽¹⁾ Réponses sanitaires rapides ⁽¹⁾		Lignes d'assistance téléphonique ⁽¹⁾

(1) Indique que ces concepts sont développés dans le présent Rapport.

(21) Criminal Assets Bureau Act, 1996; Proceeds of Crime Act, 1999.

«réaffectés» à la lutte contre la drogue: 1 543 137 euros consacrés à la répression contre le trafic de drogues et 2 978 014 euros pour des programmes de prévention et de réinsertion des toxicomanes.

Dépenses consacrées à la lutte contre la drogue

Dans le cadre de l'examen des réponses proposées dans les États membres pour lutter contre la drogue, une recherche exhaustive a été menée en 2000 pour collecter, analyser et évaluer le montant des dépenses publiques en matière de lutte contre la drogue. Les dépenses de l'État, tant dans le domaine de la santé que de l'application des lois, ont été calculées en estimant les coûts directs (dépenses directement liées à la drogue) et les coûts indirects (dépenses encourues en conséquence du problème de la drogue dans l'administration, telle que les prisons).

Malgré un certain nombre de différences, les États membres de l'UE ont adopté des politiques d'affectation des ressources dans le domaine de la drogue assez similaires. Entre 70 et 75 % du budget est généralement consacré à la répression et le reste à la santé.

Réponses spécifiques

Réduction de la demande

Cette section présente toute une gamme d'interventions avec différents objectifs et dans différents environnements. Le graphique 21 résume les différents environnements et approches en matière de réduction de la demande.

Mesures de prévention

Prévention en milieu scolaire

La prévention de la drogue dans le milieu scolaire reste une priorité pour tous les États membres. Il existe de nombreuses lignes directrices concernant l'enseignement sur la prévention et il est peut-être nécessaire de mener une étude de marché afin de retenir les supports les plus appropriés (comme l'a fait l'Allemagne). Dans la plupart des programmes, la prévention de la drogue s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé en général. On considère que les approches d'égal à égal (à savoir les élèves qui se forment mutuellement) présentent de nombreux avantages même si elles sont difficiles à mettre en place et à maintenir. L'engagement des parents est essentiel.

La police s'intéresse de plus en plus à la prévention primaire contre la toxicomanie en milieu scolaire (en Belgique, en France, aux Pays-Bas, en Autriche et en Suède) même si ses compétences pédagogiques pour ce type d'interventions suscite des controverses.

Mobiliser les élèves pour les activités de prévention

À la demande du ministère de l'éducation en France, une évaluation a été menée dans les établissements ayant participé au programme pilote intitulé «Les élèves acteurs de prévention». Les élèves étaient conseillés pour organiser des campagnes d'information et communiquer leur savoir à leurs camarades sur les problèmes de drogues. Leur participation à la gestion du programme leur a permis d'acquérir la reconnaissance de leurs pairs. L'expérience s'est avérée fructueuse pour la moitié des établissements participants, mais, même lorsqu'elle a été mitigée, les élèves ont exprimé un grand intérêt pour la question. Son impact sur l'ambiance et la qualité de vie dans les établissements a été très positive, tant en termes de perception par les élèves qu'en termes de réputation de l'établissement.

Les jeunes se droguent (voir chapitre 1, section «Usage de drogues dans la population scolaire») et sont dans une situation à risque. Cette constatation était auparavant réfutée car les établissements craignaient de salir leur image. Les stratégies mises en œuvre — en Espagne, en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni — visent de plus en plus à développer des politiques spécifiques au milieu scolaire sur la prévention des comportements à risque, des interventions rapides et l'orientation vers des traitements de la dépendance. Les jeunes abandonnant leurs études ou exclus du milieu scolaire sont particulièrement préoccupants. L'Espagne fait état d'interventions standardisées pour ce groupe et, au Royaume-Uni, 95 % des établissements du secondaire ont adopté des politiques concernant les incidents liés à la drogue.

Prévention dans les milieux et communautés locaux

Les activités de prévention dans les communautés locales se sont développées au cours de ces dernières années sous différentes formes. Tous les États membres rapportent plusieurs types de formation des parents dans la communauté. Par exemple, en Espagne, 25 000 familles ont participé aux *escuelas de padres* en 1999, et en France 75 centres d'informations spécifiques pour les jeunes apportent une aide aux problèmes affectifs, familiaux ou sociaux. Dans les pays scandinaves, des groupes de parents arpentent les rues pour fournir une aide aux jeunes concernant les soirées organisées le week-end. Au Danemark, 1 300 parents participent à cette activité.

Les associations sportives jouent un rôle plus important en matière de prévention de la drogue que les années

Évaluation des types de traitement

En Norvège, un projet évalue les types de traitement destinés aux usagers de drogues afin d'identifier les traitements obtenant les meilleurs résultats et le type de traitement proposé à tel ou tel client. Les usagers de drogues ayant souvent recours à plusieurs traitements, le point de départ est que chaque traitement se fonde sur les résultats de tout traitement précédent — l'hypothèse étant que les ressources investies ne sont jamais perdues.

précédentes dans plusieurs pays, dont la Belgique, l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni. En Allemagne, la coopération entre les clubs de sport et la prévention existe depuis 1994 et, en 2000, 2 500 animateurs sportifs supplémentaires ont été formés. Une conférence sur la prévention de la dépendance dans les clubs sportifs portant sur la qualité de la prévention, la consommation de drogues et les habitudes et la culture des clubs de sport s'est tenue à Potsdam, en Allemagne, en mars 2000.

Une bonne coordination entre les différents acteurs est souvent décisive pour la réussite des actions. Au Danemark, en Grèce, en France, en Irlande, au Portugal, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, des accords

ont été conclus ou sont en cours avec les autorités locales ou régionales sur les stratégies de prévention contre la toxicomanie.

Traitements

Traitements de sevrage

L'accessibilité des traitements de sevrage dans l'UE est méconnue. Toutefois, ces traitements de sevrage semblent dominer l'offre de traitement en Finlande, en Grèce, en Norvège et en Suède. Dans ces pays, les périodes de traitement sont généralement courtes allant de trois à six mois au lieu d'un ou deux ans, bien qu'en Grèce la durée moyenne des traitements soit de douze mois. Une récente métaanalyse menée en Allemagne et portant sur plusieurs pays européens a conclu que la durée du traitement était déterminante de sa réussite. Toutefois, l'évaluation des différentes options en matière de traitement doit encore être améliorée.

On assiste de plus en plus souvent à des réponses au cas par cas (assistance à bas seuil, intensive, personnalisée) pour guider les toxicomanes dans le réseau de traitement, par exemple en Belgique, en Allemagne et aux Pays-Bas. Les résultats de cinq études néerlandaises sur le diagnostic double (la coïncidence de problèmes de drogues et de problèmes psychiatriques) montrent que le traitement au cas par cas a des effets positifs sur la satisfaction des patients, la consommation de drogues, les symptômes

Tableau 1

	Estimation de la prévalence de la consommation problématique de drogues ⁽¹⁾	Estimation du nombre de patients en traitement de substitution	Taux de couvertures des traitements de substitution ⁽²⁾ (%)
Belgique	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Danemark	12 752–15 248	4 398 (4 298 méthadone + 100 buprénorphine) (1 ^{er} janvier 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Allemagne	80 000–152 000	50 000 (2001) ⁽⁴⁾	33–63
Grèce	n.d.	966 (1 ^{er} janvier 2000) ⁽⁴⁾	
Espagne	83 972–177 756	72 236 recevant de la méthadone (1999)	41–86
France	142 000–176 000	71 260 (62 900 recevant de la buprénorphine et 8 360 recevant de la méthadone) (décembre 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irlande	4 694–14 804	5 032 (31 décembre 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Italie	277 000–303 000	80 459 (1999) ⁽⁴⁾	27–29
Luxembourg	1 900–2 220	864 [164 dans le programme officiel et +/- 700 auxquels le méphénon (méthadone sous forme de pilule) a été prescrit par un généraliste] (2000) ⁽⁴⁾	38–45
Pays-Bas	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Norvège	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12
Autriche	15 984–18 731	4 232 (1 ^{er} janvier 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1 ^{er} janvier 2000)	7–33
Finlande	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprénorphine et 70 méthadone)	9–13
Suède	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 (31 mai 2000) ⁽⁴⁾	19–37
Royaume-Uni	88 900–341 423	19 630	6–22

⁽¹⁾ Pour plus de détails concernant les prévalences nationales et la consommation problématique de drogues, voir chapitre 1, section «Consommation problématique de drogues» et tableau 1 EL sur Internet (<http://www.emcdda.org>).

⁽²⁾ Estimation de la proportion d'usagers à problème suivant un traitement de substitution.

⁽³⁾ L'estimation de la prévalence ne concerne que les usagers de drogue par voie intraveineuse, ce qui peut entraîner une surestimation du taux des traitements de substitution.

⁽⁴⁾ Informations recueillies directement auprès des points focaux nationaux.

⁽⁵⁾ Un taux de couverture de 100 % ne semble pas plausible, ce qui permet de croire que l'estimation de prévalence à 4 694 (1 195) cas sous-estime la prévalence réelle.

⁽⁶⁾ Usagers d'opiacés.

NB: n.d. = données non disponibles.

Projet de proximité pour les femmes sans abri

En Suède, les services sociaux de Stockholm ont lancé un projet de proximité en 2000 s'adressant aux femmes sans abri, qui n'ont pour la plupart que peu ou aucun contact avec les services sociaux. Un des objectifs du projet est d'inciter les femmes à rentrer plus souvent en contact avec ces services en leur fournissant au départ une simple assistance médicale. Le projet est exemplaire car il s'agit d'un partenariat entre les services sociaux, les associations de bénévoles et le secteur médical.

psychiatriques, les aptitudes sociales et l'utilisation des services de soin.

Les Pays-Bas fournissent un tableau assez négatif de groupe cible en difficulté qui n'est pas parvenu à modifier son comportement de consommation de drogues après plusieurs tentatives. L'objectif des centres de motivation pour les patients hospitalisés est de donner la possibilité aux toxicomanes de se rétablir, de les aider à développer leurs aptitudes sociales et de structurer leur quotidien afin de les inciter à suivre des soins réguliers. Toutefois, le taux d'échec de ces centres est de 60 % et la conclusion en est que les usagers de drogues qui n'en ont pas la volonté ne peuvent pas être aidés avec succès.

Traitements de substitution

Les traitements de substitution se sont développés raisonnablement dans l'UE au cours de ces dernières années. La Grèce, la Finlande, la Norvège et la Suède ont récemment facilité l'accès aux traitements de substitution, principalement à la méthadone. La buprénorphine, qui est le principal produit de substitution en France, a été introduite en Belgique, au Danemark, en Finlande (pour la désintoxication), en Italie, en Allemagne, en Autriche, au Luxembourg, en Norvège, au Portugal et au Royaume-Uni alors que le LAAM est prescrit au Danemark, en Espagne et au Portugal. Des études en cours aux Pays-Bas portent sur la désintoxication au naltrexone utilisé en thérapeutique, qui peut être considérée comme une alternative aux autres traitements. Le naltrexone est utilisé au Portugal depuis dix ans.

L'héroïne est encore prescrite de façon sélective au Royaume-Uni. Des prescriptions expérimentales d'héroïne pour le traitement des usagers chroniques réfractaires sont relevées aux Pays-Bas dans le cadre d'expériences scientifiques, et des essais de prescription d'héroïne seront lancés en Allemagne en 2001. Le Luxembourg prévoit également un essai à l'héroïne en

2002. Les experts s'accordent à dire que la prescription d'héroïne ne doit être envisagée que lorsque toutes les autres possibilités de traitement disponibles ont échoué. La prescription d'héroïne implique des contraintes importantes pour les patients et l'obligation de se présenter au centre de traitement deux ou trois fois par jour est perturbant. Toutefois, cette méthode a prouvé son efficacité pour les usagers de drogues les plus démunis en termes de réduction de la criminalité, d'amélioration de l'état de santé et d'insertion sociale.

Mesures de réduction des risques

Travail de proximité

Il est difficile d'évaluer le travail de proximité (à savoir contacter les usagers de drogues dans leur milieu) dans l'UE car beaucoup d'activités sont menées à l'échelle locale par des organisations non gouvernementales et par des structures assez complexes.

Le travail de proximité repose à l'origine sur le travail traditionnel auprès des jeunes (dans la perspective d'orienter les usagers de drogues vers un traitement) et des préoccupations de santé publique (notamment la prévention des maladies infectieuses). Le travail de proximité peut comprendre des activités sociales auprès des usagers de drogues, des échanges de seringues, des services à bas

Formation destinée au personnel de discothèques

En Irlande, le personnel de discothèque reçoit une formation et des conseils pour lui permettre de répondre plus efficacement aux situations en présence de drogues dans les discothèques. Les deux premières phases du projet comprennent l'organisation des programmes de formations pour les propriétaires/responsables de discothèques et les portiers. Elles visent à accroître leurs connaissances sur les drogues, à étudier leurs comportements face aux drogues et à examiner les questions légales, de santé et de sécurité. La troisième phase vise à diffuser des informations précises sur les drogues aux jeunes fréquentant les discothèques en distribuant une brochure de la taille d'une carte de crédit, intitulée «vital information pack (VIP)» dans différents lieux, y compris les établissements du troisième degré et les clubs. Dans une quatrième phase, une conférence est organisée sur une journée pour obtenir le soutien de l'industrie de la musique et de la danse dans le cadre de l'élaboration de politiques acceptables dans les lieux dansants. La dernière phase comprend la normalisation de la formation pour les portiers en fournissant ces éléments sous forme de modules.

Programmes d'ordonnance sur les traitements et l'expérimentation en matière de drogue au Royaume-Uni

Le gouvernement du Royaume-Uni a lancé des programmes d'ordonnance sur les traitements et l'expérimentation en matière de drogue (DTTO — *drug treatment and testing order*) grâce auquel les tribunaux peuvent émettre une ordonnance obligeant les délinquants à suivre un traitement, en tant qu'alternative à l'incarcération ou à la condamnation à part entière. On estime que le DTTO donnera lieu à quelque 3 425 ordonnances d'ici à 2001. Ce chiffre doit être comparé aux 120 000 personnes condamnées pour infractions liées à la drogue en 1999. Les services de conseil en matière de prévention de la drogue, en collaboration avec les services de probation, fourniront un soutien de base pour le développement national des DTTO, en diffusant les résultats pratiques issus des programmes pilotes et en aidant les équipes d'intervention locales à développer des accords de mise en œuvre appropriés.

seuil et/ou des services particuliers pour les minorités ethniques, les prostituées et autres groupes difficiles d'accès, et s'adresse aux usagers à problème qui ne sont pas suivis régulièrement par des services de traitement dans tous les États membres. Le soutien par des groupes de pairs est organisé parmi les usagers de drogues au

Danemark, en France, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni afin de répondre aux besoins des consommateurs de drogue.

Le travail de proximité se développe dans la plupart des États membres. Toutefois en Suède, il était plus courant il y a 10 à 15 ans, et une nouvelle étude indique que, en raison d'une diminution des ressources, beaucoup d'usagers de drogues ne bénéficient d'aucun de ces services. Parmi les dernières évolutions dans le domaine, on relève des activités de proximité destinées aux usagers de drogues nord-africains, aux Pays-Bas, et la mise en place de services spéciaux pour les consommatrices de drogue en Autriche, au Danemark, en Norvège et en Suède.

Une des activités de proximité spécifique qui a été adoptée en Espagne, en France, aux Pays-Bas et en Autriche est le test de comprimés sur le terrain lors de soirées dansantes. Ces tests de comprimés attirent de nombreux visiteurs car la composition des comprimés est toujours une préoccupation majeure pour eux. La plupart des projets prévoient également des débats d'information, des messages sur la réduction des risques et des interventions de crise. Une récente étude de l'OEDT portant sur un inventaire des programmes de tests de comprimés sur le terrain (*An inventory of on-site pill testing interventions in the EU*, OEDT 2001) suggère que l'analyse des comprimés peut être un moyen de prévention efficace contre les conséquences inattendues et les dangers des drogues récréatives.

Tableau 2

	Assistance aux consommateurs de drogue en prison dans l'UE		
	Traitement de sevrage en prison	Traitement de substitution en prison	Réduction des risques liés à la drogue en prison
Belgique	Oui, en phase expérimentale	Désintoxication progressive à l'aide de la méthadone	Quelques actions locales de prévention contre le VIH
Danemark	Coopération avec des institutions privées de traitement	Oui, en cas de traitement à la méthadone avant la prison	Liquide de nettoyage fourni, vaccination contre l'hépatite B
Allemagne	Oui	Oui	Échange de seringues dans certaines prisons
Grèce	Groupes d'autoassistance	Non	Informations dans certaines prisons
Espagne	Oui	Oui	Oui
Finlande	Cours sur la toxicomanie, cellules de sevrage	Oui, en cas de traitement à la buprénorphine/méthadone avant la prison	Liquide de nettoyage fourni, vaccination contre l'hépatite B
France	Non	Oui (méthadone ou buprénorphine)	Informations aux prisonniers, distribution de chlorine
Irlande	Limité	Désintoxication à la méthadone, maintenance des détenus infectés par le VIH	Non
Italie	Oui	Oui	Non
Luxembourg	Oui	Oui, en cas de traitement à la méthadone avant la prison et début du traitement avant la libération	Non
Pays-Bas	Oui, traitement obligatoire pour les usagers de drogues à problème	Limité, programmes de réduction pour les détenus à long terme	Oui
Autriche	Oui	Oui	Oui
Portugal	Oui	Oui	Informations, formation de gardes, distribution de préservatifs et d'eau de Javel, vaccination contre l'hépatite
Suède	Oui	Non	Non
Royaume-Uni	Oui	Désintoxication à la méthadone. Sofaxidine, dihydrocodéine et naltrexone également disponibles	Comprimés désinfectants dans certaines prisons, conseils et informations

«Retour vers le futur» en Finlande

En Finlande, le programme «Retour vers le futur» (financé par le programme Integra de l'UE) a participé à des projets avec de jeunes toxicomanes. Les résultats du projet confirment que les personnes confrontées au chômage et à des problèmes financiers après une désintoxication sont dans une situation extrêmement difficile: logements inappropriés, capacité de travail restreinte, manque de formation professionnelle et problèmes liés au travail et à la difficulté de vivre sans drogue. Les participants au projet pouvaient bénéficier d'une formation, mais il leur a paru particulièrement difficile d'intégrer le système éducatif et le monde du travail. Il n'était pas non plus facile de trouver des employeurs acceptant de conclure des contrats d'apprentissage. Bien que l'État garantisse systématiquement un prêt d'étude, les banques ont refusé d'octroyer des prêts personnels car environ 90 % des clients n'étaient pas solvables. Le projet a montré que les actions menées par les services sociaux et de santé n'étaient pas adaptées pour résoudre de nombreux problèmes de protection sociale. Il est nécessaire d'améliorer le système de réinsertion en adoptant une approche individuelle et personnalisée dépassant les barrières administratives et pourvue d'un financement convenable.

Services à bas seuil

Les services à bas seuil se développent dans la plupart des États membres. Les salles d'injection — à savoir des structures permettant la consommation de drogues dans de bonnes conditions d'hygiène et de surveillance — ont été légalisées en Allemagne en février 2000 et une salle d'injection a été mise en place dans le cadre d'un projet pilote à Madrid en Espagne en 2000. Aux Pays-Bas, elles existent depuis plusieurs années et accueillent également des consommateurs d'héroïne à fumer, de cocaïne et de crack. Des initiatives similaires ont été discutées au Luxembourg, en Autriche et au Portugal. À la suite d'un débat au Danemark concernant l'instauration de salles d'injection en complément des services à bas seuil existants, le ministère danois de la santé a décidé de suspendre cette initiative en raison de conventions internationales traitant de ce thème.

Réponses sanitaires rapides face aux nouvelles drogues synthétiques

L'objectif des mesures relatives aux nouvelles drogues synthétiques est de prévenir les problèmes de santé potentiels liés à la consommation de substances non

identifiables par des utilisateurs qui ne cherchent pas à entrer en contact avec des centres de traitement et des services de conseil, c'est-à-dire des substances inconnues consommées par des usagers inconnus. Ces réponses sont apportées grâce à des mesures structurelles telles que l'organisation de «raves» en toute sécurité (formation du personnel, approvisionnement en eau et climatisation) ou des mesures d'information sur les drogues récréatives par le biais de campagnes d'informations, de sites *web* interactifs et de CD-ROM ou en fournissant spécifiquement des informations sur les résultats des tests de comprimés menés sur site ou hors site sur Internet ou dans des magazines spécialisés. Ainsi, ces interventions sont parfois liées au travail de proximité tel que le test de comprimés sur le terrain.

Au Danemark, en Espagne, en Irlande, en Italie et aux Pays-Bas, les autorités locales s'adressent aux lieux de loisir des jeunes (clubs, bars et discothèques) pour former le personnel et lui permettre de répondre plus efficacement aux situations impliquant la drogue.

Le concept de suivi «en temps réel» des milieux des jeunes est rapporté par le Luxembourg. À la suite d'une phase d'évaluation initiale, le kit ludique «Ecstasia» a été appliqué dans différentes structures pour jeunes et intégré dans des programmes scolaires appropriés. Il incite à la discussion, au partage des expériences et à la recherche de solutions de remplacement à la consommation de drogues, notamment des drogues synthétiques. La dynamique de groupe stimulée par le jeu permet de traiter des questions auxquelles les jeunes doivent être sensibilisés. L'évaluation suggère d'améliorer les parties créatives et dynamiques du jeu.

Internet fournit de nombreuses informations sur les drogues illustrant tous les points de vue sur la politique en matière de drogue même si le contrôle de la qualité de ces informations est impossible. La plupart des organisations nationales de prévention ainsi que les ONG disposent ou prévoient de concevoir leur propre site *web*, principalement avec des informations mais également avec des rubriques interactives, par exemple le site italien *Io non calo la mia vita* (<http://www.iononcalo.it>), le site suédois *Drugsmart* (<http://www.drugsmart.com>) et le moteur de recherche sur les drogues (<http://www.drugscope.org>) offert par *DrugScope*, au Royaume-Uni. Une initiative innovante est rapportée en Finlande où des services de consultation anonyme et de test d'autoévaluation sont disponibles sur Internet (<http://www.a-klinikka.fi/plimenu1.htm>). La base de données EDDRA de l'OEDT (<http://www.emcdda.org>) fournit les références de plus de 250 projets évalués dans le domaine de la réduction de la demande, et elle s'enrichit en permanence.

Assurance qualité de la réduction de la demande

En Autriche, les procédures d'assurance qualité acquièrent une importance croissante dans le domaine de la réduction de la demande. Des lignes directrices pour un travail de qualité et des normes minimales pour tous les domaines d'activités liés à la toxicomanie ainsi que pour la prise en charge personnalisée des patients en traitement de substitution ont été élaborées. Des normes minimales, telles que les exigences de qualité requises pour les conseils en matière de drogue et d'alcool, ont été définies et seront mises en œuvre dans le cadre d'un plan par étapes. À Vienne, des centres de compétences ont été instaurés, chargés du travail en réseau et de garantir la communication des informations aux domaines d'activité qui ne traitent pas explicitement des questions liées à la drogue (telles que le travail auprès des jeunes et la santé).

Réduction de la criminalité liée à la drogue

Prévention de la criminalité liée à la drogue

Tous les États membres disposent de programmes prévoyant de muer la peine en traitement dans des circonstances particulières, par exemple, selon la gravité du délit ou l'âge du délinquant. On considère que ces programmes permettent d'abaisser le taux de récidive, bien que les données d'évaluation soient rarement disponibles.

Les usagers de drogues continuent à poser des problèmes importants aux systèmes de justice pénale avec jusqu'à 50 % des prisonniers ayant des problèmes liés à la drogue. Étant donné le taux de renouvellement élevé de la population carcérale, on estime que 180 000 à 600 000 usagers de drogues passent par le système chaque année dans l'UE. La prévalence de la consommation de drogues varie en fonction du type de prison; elle est plus importante dans les grandes prisons et celles destinées aux courtes peines, plus répandue dans les prisons pour femmes que pour hommes.

Le tableau 2 présente un aperçu de l'assistance destinée aux usagers de drogues en milieu carcéral dans l'UE — pour des détails supplémentaires, consultez le rapport de l'OEDT intitulé «Assistance to drug users in prisons».

Réadaptation et réinsertion sociale

L'éducation, la formation, le logement et l'emploi constituent les domaines clés de la réinsertion des usagers de drogues après un traitement, une incarcération ou des programmes de substitution de longue durée. Toutefois, il

semble que ces aspects de l'assistance soient encore peu développés même si les professionnels indiquent souvent que le suivi postcure et la réinsertion sont des composants très importants des traitements antidrogue et que ces domaines devraient être améliorés.

Évaluation

L'évaluation est un élément fondamental pour garantir la qualité des réponses apportées au problème de la drogue, notamment en termes de planification, d'infrastructure, de professionnalisme, de direction, de formation, de recherche et de travail en réseau. Les procédures d'assurance qualité se multiplient dans le domaine de la réduction de la demande dans l'UE. On relève différentes initiatives pour mettre en place l'assurance qualité dans le domaine de la prévention en Allemagne, en Grèce, en France, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche et en Finlande, et l'assurance qualité des soins a fait son apparition en Allemagne, en Autriche, en Grèce, au Luxembourg, en Norvège, aux Pays-Bas, au Portugal et au Royaume-Uni.

Des formations sont organisées pour les médecins généralistes et autres professionnels de la santé en Belgique, en Allemagne, en Irlande, en Italie, en Autriche, en Finlande et au Royaume-Uni, alors que d'autres pays — la Grèce, la France, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suède — indiquent que même si des formations sont prévues pour le personnel de prévention, de santé et de justice pénale, la qualité des cours doit encore être améliorée.

Réduction de l'offre

Les informations suivantes sont extraites des rapports d'Europol.

Les nouvelles techniques d'intervention rapide à différents niveaux de la police judiciaire permettent d'éviter des enquêtes qui traînent en longueur et demandent beaucoup de ressources. Les nouvelles structures de coopération judiciaire et répressive européennes devraient être entièrement exploitées par les États membres, afin de mieux communiquer les informations, tant au sein des États membres qu'à l'échelle internationale.

La criminalité organisée s'accroît dans l'UE. La production et le trafic de drogues demeurent une des principales activités des associations de malfaiteurs. La diversification permanente et l'évolution des routes de trafic de drogues est un défi majeur pour les autorités répressives. Les délinquants tiennent compte des succès et des échecs des opérations de trafic des produits illégaux et modifient

Réponses à la consommation de drogues

leurs plans en conséquence, en changeant d'itinéraires, avec de nouvelles méthodes de camouflage ou en recrutant de nouveaux passeurs.

Selon Europol («*EU situation report on drug production and drug trafficking 1999/2000*»), l'opération «Purple» est un projet particulièrement encourageant dans la lutte contre le détournement de précurseurs chimiques. Cette opération visant à lutter contre le détournement de permanganate de potassium — substance utilisée pour la production de cocaïne — a réuni 23 pays, dont 7 États membres, qui produisent, importent, exportent ou dans lesquels transite cette substance, ainsi que l'Organe international de contrôle des stupéfiants, l'Organisation internationale de police criminelle (OIPC/Interpol) et l'Organisation mondiale des douanes. Le projet est destiné à éviter le détournement de substances chimiques, compte tenu du fait que la disponibilité de précurseurs est prépondérante dans la production de drogues. Depuis le début de l'opération, 248 envois de substances chimiques, à savoir 7 778 tonnes, ont été

suivis et 32 envois de permanganate de potassium ont été stoppés ou saisis, pour un total d'environ 2 226 tonnes, soit 29 % de tous les envois suivis. Une opération similaire sera menée pour l'anhydride acétique, substance utilisée dans la fabrication de l'héroïne.

Outre les développements politiques visant à améliorer la coopération judiciaire et répressive, les compétences d'Europol seront étendues au blanchiment de capitaux en général, quel que soit le type d'infraction à l'origine du processus de blanchiment.

Actuellement, Europol et des experts des États membres et de l'OEDT développent une base de données harmonisée sur les saisies de drogues, avec des définitions et des paramètres communs, qui sera mise en place dans tous les États membres. Cette initiative devrait permettre une collecte standardisée des données dans toute l'UE, et ainsi de meilleures comparaisons et analyses sur l'état du phénomène de la drogue dans les différents États membres.

Questions particulières

Ce chapitre étudie trois questions spécifiques relatives au problème de la drogue en Europe: la cocaïne et la cocaïne «base/crack», les maladies infectieuses et les drogues synthétiques.

Cocaïne et cocaïne «base/crack»

La consommation croissante de cocaïne a suscité de nombreuses préoccupations dans l'UE, même si les véritables tendances de l'usage de cocaïne et ses conséquences dans l'UE sont difficiles à vérifier. Tout d'abord, les données collectées à l'échelle nationale, issues d'enquêtes ou de centres de traitement par exemple ne reflètent pas l'évolution de la prévalence et les problèmes survenant dans certains secteurs géographiques de villes spécifiques ou les changements qui affectent des milieux sociaux particuliers. Deuxièmement, les informations actuelles sur la cocaïne ne sont souvent pas basées sur des définitions scientifiques claires — par exemple, les systèmes d'information font rarement la distinction entre la cocaïne «base/crack» et le chlorhydrate de cocaïne ou entre les différentes préparations de cocaïne «base/crack». Ces différentes formes de cocaïne se caractérisent par des marchés et des modèles de consommation différents et sont à l'origine de divers problèmes qui doivent tous être compris pour formuler des politiques et des réponses efficaces en matière de réduction de la demande.

Prévalence, modèles de consommation et problèmes

Prévalence

Les enquêtes de population en général et les enquêtes scolaires ne révèlent pas de hausse générale de la consommation de cocaïne dans l'UE. Seul le Royaume-Uni affiche une hausse marquée de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les jeunes adultes âgés de 16 à 29 ans. Selon le point focal national italien, différentes sources en Italie ont montré que la consommation de cocaïne vient au second rang après le cannabis et avant les amphétamines et l'ecstasy.

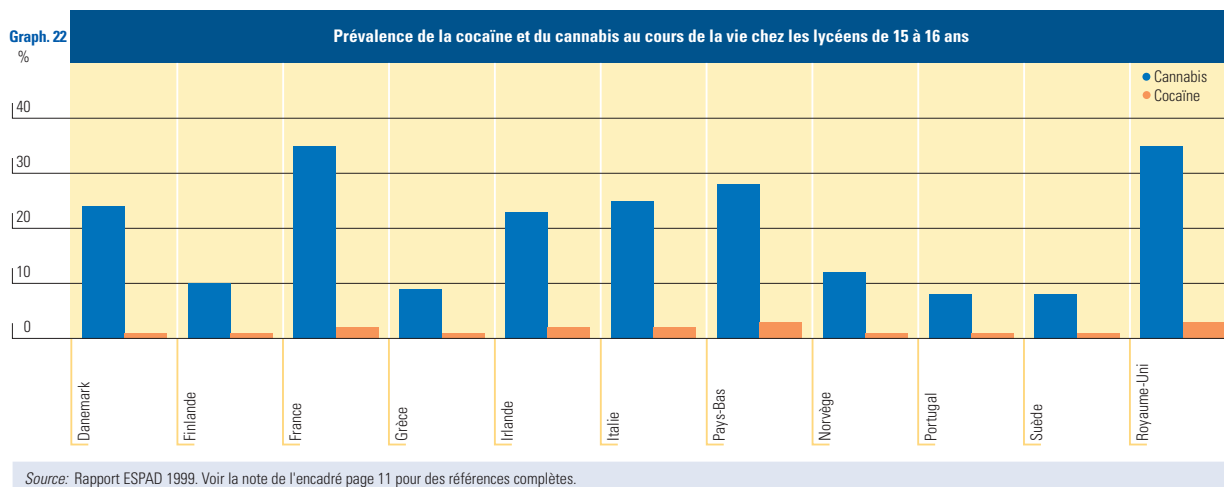
Une enquête scolaire européenne datant de 1999 montre que la consommation de cocaïne (prévalence au cours de la vie) parmi les lycéens âgés de 15 à 16 ans reste faible et bien inférieure à celle du cannabis. Dans tous les États

Que sont la cocaïne et le crack?

La cocaïne est un stimulant extrait des feuilles du cocaïer érythroxyton, utilisé pour traiter une grande variété de maladies au milieu du XIX^e siècle. Le nom chimique de la drogue après traitement est le chlorhydrate de cocaïne. Elle est vendue dans la rue sous forme de poudre cristalline, connue sous différents noms, tels que «coca», «neige» et «Charlie». Elle est généralement absorbée par prise nasale et moins souvent dissoute dans l'eau pour injection intraveineuse.

La cocaïne «base/crack» est le nom de rue de la cocaïne qui a été traitée pour être fumée ou inhalée sous forme de vapeurs pour que les effets soient immédiats et fulgurants. On compte au moins trois méthodes de préparation de la cocaïne «base/crack» (1). Une des méthodes fournit une substance pure — en ajoutant de l'eau chaude et de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude puis en enlevant la couche liquide en excès contenant les diluants. Une autre méthode permet d'obtenir une concentration inférieure de cocaïne — en chauffant la pâte de cocaïne et du bicarbonate de soude dans un four à micro-ondes, tous les diluants étant présents dans le produit final.

La cocaïne et la cocaïne «base/crack» se différencient généralement par leur apparence physique et le degré de pureté, mais cela s'avère parfois difficile car, dans certains cas, la cocaïne «base/crack» est physiquement similaire au chlorhydrate de cocaïne.



membres ayant participé à l'enquête, on note que la disponibilité de la cocaïne est plus faible que celle de l'ecstasy bien que les différences entre les pays soient considérables. Le pourcentage de jeunes de 15 à 16 ans indiquant que la cocaïne est facilement accessible est le plus élevé en Irlande et au Royaume-Uni (21 et 20 % respectivement) et le plus faible en Finlande (6 %). Toutefois, dans tous les pays de l'UE concernés par l'enquête, la disponibilité de la cocaïne est bien inférieure que pour la même tranche d'âge aux États-Unis (2). La désapprobation de la consommation de cocaïne est très importante et plus ou moins égale dans tous les pays participants, avec un niveau analogue à la désapprobation de l'héroïne.

Modèles de consommation

Bien que la situation ne soit pas dramatique pour la population en général, au niveau national, certains milieux sociaux présentent des degrés de consommation de cocaïne plus importants. Les recherches menées par le passé sur les usagers de cocaïne ont montré que la distinction est claire entre les consommateurs de cocaïne en poudre (chlorhydrate) à des fins récréatives, d'une part, et les usagers de cocaïne «base/crack» à problème et les usagers de cocaïne par voie intraveineuse, d'autre part. On relève de nombreux modèles de consommation récréative de la cocaïne sous forme de poudre parmi les groupes qui fréquentent les clubs et les discothèques et qui consomment de la cocaïne sous forme de poudre

Tableau 3 Prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne dans les enquêtes menées auprès d'usagers ciblés par rapport aux enquêtes au niveau de la population

	Individus fréquentant les clubs			Jeunes adultes de la population générale		
	Prévalence au cours de la vie (%)	Taille de l'échantillon	(Année) et source	Prévalence au cours de la vie (%)	Taille de l'échantillon	Année et tranche d'âge
Autriche	42	50	(1999) «Ravers» autrichiens —	—	—	—
Belgique	45	154	(1998) Festival de rock, Communauté française	—	—	—
Danemark	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34
Finlande	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34
France	56	896	(1999) Parties de «rave» techno, Médecins du monde	1,9	2 003	1999 15-34
Allemagne:						
• ex-RFA	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39
• ex-RDA	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39
Pays-Bas	48	456	(1998) Questionnaire aux individus fréquentant les clubs à Amsterdam (23 % de réponses)	3,7	22 000	1997/1998 15-34
Espagne				4,8	12 488	1999 15-34
Royaume-Uni	62	517	(1997) «Release drugs and dance» (1)	6,4	10 293	1998 16-34
	18					
	«crack»					
	50	100	(1999) Individus fréquentant les clubs à Liverpool (2)			
Irlande du Nord	45	106	(2000) Usagers d'ecstasy en Irlande du Nord			

(1) Release (1997), «Release dance and drugs survey: An insight into the culture», London.

(2) Henderson, S. (2000) «Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project» 1999-2000.

Sources: Points focaux nationaux et références lorsqu'il y en a une.

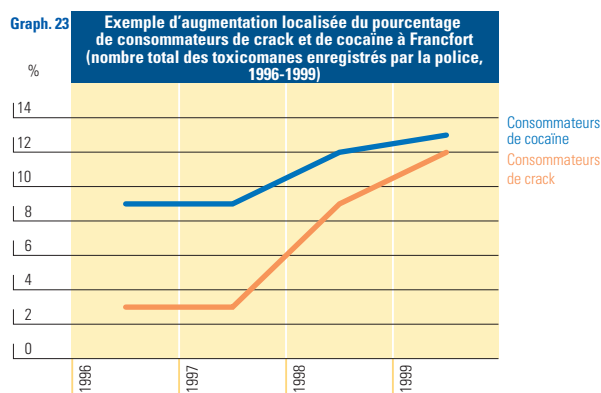
Questions particulières

pour des raisons sociales et pratiques. Ces usagers à des fins récréatives sont bien distincts des groupes marginalisés, tels que les jeunes sans abri, les prostituées et les usagers d'héroïne à problème qui fument de la cocaïne «base/crack» ou s'injectent de la cocaïne mélangée avec de l'héroïne, dans des secteurs géographiques de villes spécifiques. Toutefois, la limite entre la cocaïne en poudre et le crack est de moins en moins importante en raison de la nouvelle tendance à fumer la cocaïne dans les lieux de divertissement et les discothèques et des récentes évolutions du marché. Tout d'abord, une nouvelle tendance consistant à mélanger la cocaïne «base/crack» avec du tabac pour obtenir un «joint» à fumer a été rapportée dans cinq États membres — les Pays-Bas, la France, la Grèce, le Royaume-Uni et l'Italie. Deuxièmement, les services de médecine légale montrent que certains échantillons de cocaïne «base/crack» sont physiquement identiques à la cocaïne en poudre (chlorhydrate), d'où la difficulté pour la police et les usagers peu expérimentés à faire la distinction (8). Troisièmement, au Royaume-Uni, certains indices montrent que la cocaïne «base/crack» à fumer est reconstituée et commercialisée sous d'autres noms tels que «rock» et «pierre» qui permettent de distinguer la cocaïne prête à fumer de la cocaïne «base/crack» et lui donnent une image plus haut de gamme et proche de la cocaïne en poudre (4).

La prévalence de l'usage de cocaïne est plus élevée dans les sous-groupes de population présentant une grande prévalence de la consommation d'autres drogues que dans la population de jeunes adultes en général. Le tableau 3 illustre une nette différence entre la prévalence de cocaïne au cours de la vie relativement élevée parmi les jeunes fréquentant les discothèques et les clubs et les taux bien inférieurs pour la population de jeunes adultes en général. Le coût relativement élevé de la cocaïne, associé à la courte durée de ses effets, limite son usage régulier à des fins récréatives et le fait de disposer de revenus importants peut donc être un critère significatif pour l'usage régulier. Dans les lieux de loisirs nocturnes, certaines personnes ont tendance à boire beaucoup plus d'alcool que d'ordinaire à la suite de la prise de cocaïne. La cocaïne accroît la sociabilité en limitant les effets indésirables de l'alcool.

Problèmes

Entre 1994 et 1999, le nombre de patients admis en traitement pour des problèmes liés à la consommation de cocaïne comme principale drogue — en pourcentage de l'ensemble des patients demandant un traitement — a considérablement augmenté en Espagne et aux Pays-Bas.



Source: PPF, Rauschgift und Kriminalität, plusieurs années dans Paoli, L., 2000.

L'Allemagne, la Grèce et l'Italie font également état d'une hausse proportionnelle des traitements pour cocaïne et ces chiffres étaient en augmentation en Irlande jusqu'en 1998 (22). Le Royaume-Uni et les régions francophones et néerlandophones de la Belgique indiquent également une hausse. Le manque de recherches comparables sur les consommateurs de cocaïne en traitement dans l'UE est patent, et les hausses proportionnelles de patients demandant de l'aide pour des problèmes liés à la prise de cocaïne montrent une réelle augmentation des problèmes de cocaïne, mais peut-être aussi une diminution du nombre de patients demandant de l'aide pour des problèmes liés aux opiacés, ou d'anciens patients consommateurs d'opiacés dont le problème principal provient désormais de la cocaïne. Le développement des services de plus en plus adaptés aux usagers de cocaïne peut également influencer sur les chiffres de traitement. Certains services de traitement indiquent que, parmi les patients en traitement pour dépendance à l'héroïne, on relève une consommation croissante de cocaïne, notamment fumée sous la forme de cocaïne «base/crack» ou injectée par voie intraveineuse avec l'héroïne.

Le graphique 23 montre un exemple d'augmentation localisée du nombre de consommateurs de cocaïne «base/crack» qui n'est pas reflétée à l'échelle nationale. À Francfort, le pourcentage de consommateurs de «crack» parmi l'ensemble des toxicomanes enregistrés par la police a quadruplé entre 1996 et 1999.

Les prestataires de services de santé et les usagers de cocaïne font rarement état d'accidents mortels ou de problèmes physiques de santé directement liés au fait d'avoir sniffé de la cocaïne en poudre. Les usagers à des fins récréatives ayant tendance à consommer la cocaïne avec de grandes quantités d'alcool, ou autres drogues, il est difficile d'identifier les causes des problèmes.

(22) Graphique 15 EL — Cocaïne: tendances pour les nouveaux patients admis en traitement (version en ligne).

Toutefois, le Luxembourg, l'Italie et les Pays-Bas font état d'une hausse du nombre d'accidents mortels et l'Espagne indique une augmentation des urgences à l'hôpital impliquant la cocaïne, en plus d'autres drogues. La sensibilisation du personnel des urgences sur le rôle potentiel de la cocaïne dans les troubles cardio-vasculaires pourrait conduire à des taux plus élevés de déclarations mettant en cause la cocaïne (4).

Des problèmes de santé, sociaux et psychologiques graves liés à la cocaïne «base/crack» fumée ont été identifiés, notamment parmi les groupes marginalisés, tels que les usagers d'opiacés à problème, les sans-abri et autres jeunes défavorisés ainsi que les prostituées. On ne peut indiquer clairement dans quelle mesure ces problèmes sont directement liés à l'utilisation de cette forme de cocaïne elle-même, à la fréquence des prises, à la quantité consommée, ou à des problèmes sociaux, psychologiques et de toxicomanie précédents.

Marché

En 1999, le nombre de saisies de cocaïne a nettement progressé au Luxembourg et en Suède alors qu'il a baissé en Belgique, au Danemark et en Autriche. Les prix de vente au détail de cocaïne varient entre 24 et 170 euros par gramme avec des villes telles qu'Amsterdam et Francfort affichant les plus bas prix et les États membres tels que la Finlande et la Suède, les plus élevés. En France et au Royaume-Uni, les prix au détail ont baissé mais le degré de pureté reste en général élevé, entre 55 et 70 % jusqu'à la fin de 1999. Le Royaume-Uni a connu une nette baisse de la pureté moyenne du crack (10). Les différences de prix dans les États membres sont importantes selon les régions. De petites quantités de cocaïne, de moins d'un gramme ou sous la forme de «boulettes» ou «cailloux» peuvent être achetées pour moins de 15 euros dans certaines villes, notamment celles où les drogues sont échangées ouvertement et où les concentrations de cocaïne baissent de façon importante (par exemple, Francfort, Milan, Paris, Londres, Manchester et Liverpool). La distribution de cocaïne s'opère principalement par le biais de réseaux d'amis, mais dans certaines villes, la revente publique a lieu dans les lieux de fête et dans la rue. Les avantages en matière de flexibilité et de protection (grâce à l'anonymat) que présentent les téléphones portables pour les revendeurs (4) (5) (6) (7) ont facilité l'expansion des services de vente et livraison à domicile.

On note une disponibilité croissante de la cocaïne prête à fumer («base/crack») dans un certain nombre de villes européennes (Amsterdam, Rotterdam, Londres, Liverpool, Manchester, Francfort, Milan et Paris), mais les

méthodes de préparation (et les taux de concentration, qui peuvent s'élever à 100 %) varient et créent une confusion dans les systèmes d'information sur les drogues. L'absence de définition scientifique pour les termes de rue tels que «crack» et «base» posent des problèmes à l'heure d'apporter des réponses éducatives et préventives. Dans la rue, la cocaïne peut être vendue déjà mélangée avec de l'héroïne.

L'Espagne, la Belgique et les Pays-Bas seraient les principaux pays de transit de la cocaïne provenant d'Amérique latine (Colombie, Brésil et Venezuela en particulier) vers le reste de l'UE. En 1999, six laboratoires de fabrication de cocaïne ont été démantelés en Espagne et la hausse consécutive du prix de gros de la cocaïne en Espagne peut être attribuée à ces découvertes.

Projets d'intervention et nouvelles approches

La réponse de l'UE à la consommation croissante de cocaïne et de crack s'est concrétisée sous trois formes différentes dans le domaine de la réduction de la demande. Au cours des années 90, peu de villes avaient mis en place des services spécialisés pour traiter les problèmes liés à la cocaïne comme drogue principale et pour cibler en particulier les groupes à risque, tels que «Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.» à Francfort, et «Take five» à Rotterdam. Certains États membres montrent des efforts pour adapter les structures existantes afin de répondre aux besoins des usagers de cocaïne et de crack à problème. Par exemple, en France et au Royaume-Uni, des stratégies pluridisciplinaires en cours d'élaboration parmi les professionnels concernés visent à collecter et à échanger des informations sur les besoins des consommateurs de cocaïne et de crack, à élaborer des formations appropriées et à adapter les modèles existants et les services de traitements pour fournir le type de service qui sera le plus efficace pour répondre à ces besoins. Troisièmement, certains États membres ont mis l'accent sur la nécessité de traiter les problèmes de criminalité et de santé liés à la polytoxicomanie en général.

Il est difficile d'obtenir des données sur les réponses aux problèmes de cocaïne du secteur privé, mais ce secteur est susceptible de jouer un rôle prépondérant dans le traitement des usagers de cocaïne à problème les plus privilégiés d'un point de vue social.

Exemples de traitement des problèmes de cocaïne

Peu de réponses de traitement ont été décrites dans les rapports des États membres. Toutefois, l'Allemagne et les Pays-Bas soulignent des interventions conçues spécifiquement pour les problèmes liés à la consommation de cocaïne.

Questions particulières

À Francfort, l'organisation de jeunes, «Jugendberatung und Jugendhilfe e. V.», propose un processus de traitement ciblé de la dépendance à la cocaïne et personnalisé en fonction des besoins de chaque patient. La «phase de sevrage initiale», qui dure quelques jours, a lieu dans des structures ambulatoires avec un soutien psychosocial ou dans le cadre d'un processus de désintoxication en hôpital. La phase suivante comprend six semaines de traitement hospitalisé où le patient suit un programme quotidien, comprenant des séances de traitement en groupe et individuelles. La phase de rétablissement, en hôpital ou non, est destinée à reprendre contact ou à améliorer les relations avec la famille, les proches ou partenaires.

À Rotterdam, «Take five», un programme de traitement pour les grands consommateurs de cocaïne «base/crack», est mené depuis 1996. Le programme, géré par les services de santé municipaux, fonctionne comme un service à bas seuil. Dans une première phase, les travailleurs de rue contactent les consommateurs de cocaïne «base/crack» à différents endroits tels que les lieux de vente de drogues, les salles d'injection ou les centres de crise. Dans un deuxième temps, le patient fréquente un autre centre «time out» qui propose un soutien 24 heures sur 24 avec un médecin généraliste et des psychiatres disponibles sur demande. L'objectif de la troisième phase est de stabiliser la santé du patient et de commencer la réinsertion. L'expérience de Rotterdam montre que l'acupuncture est très appréciée par les patients pour la relaxation.

Questions politiques

Il existe, dans l'UE, un marché de toxicomanes à des fins récréatives disposant de revenus importants qui s'inquiètent de la composition peu fiable des comprimés d'«ecstasy» et la possibilité de cumuler les risques aigus et à long terme pour la santé, ou qui sont lassés de leur expérience passée du MDMA et de ses effets déplaisants immédiats et de quelques jours. Les recherches montrent que du point de vue des consommateurs de cocaïne à des fins récréatives, la cocaïne est considérée comme plus prévisible, versatile et discrète que l'ecstasy et les effets secondaires de la cocaïne sont considérés comme moins graves ou dommageables et plus immédiats que ceux de l'ecstasy ou des amphétamines (3).

Les recherches sur les consommateurs de cocaïne ont identifié des différences sociales claires et des sous-cultures nettement différenciées entre les usagers de cocaïne en poudre (chlorhydrate) et les fumeurs de cocaïne «base/crack» — mais les récentes évolutions du marché et une nouvelle tendance à fumer de la cocaïne

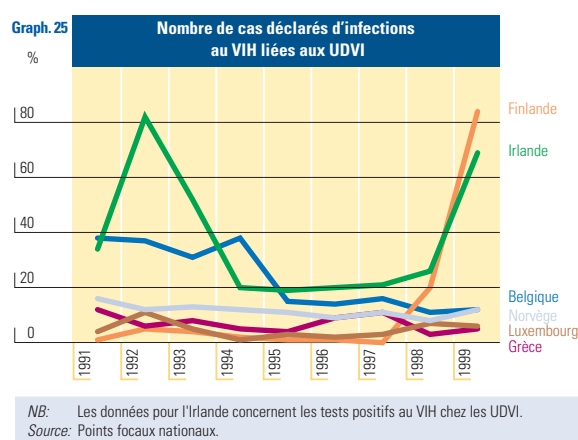
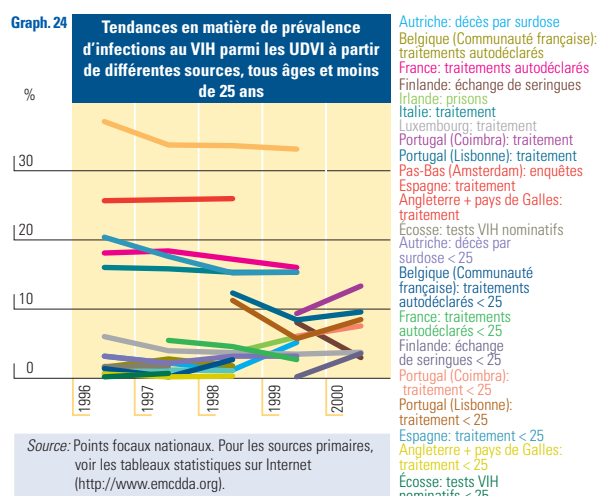
«base/crack» mélangée avec du tabac sous forme de «joints» dans des lieux festifs pourraient remettre en question cette division. En conséquence de ces évolutions, les tabous concernant le fait de fumer de la cocaïne «base/crack», qui ont existé et ont fourni des contrôles informels pour prévenir la diffusion du crack dans la culture d'intégration de la drogue à des fins récréatives, pourraient être levés. Ces signes d'érosion dans les contrôles sociaux informels sur l'utilisation de la cocaïne «base/crack» rendent des plus urgentes les réponses rapides.

L'image positive, utilitaire et «bourgeoise» de la poudre de cocaïne et même, peut-être, de la cocaïne «base/crack», combinée à l'existence de riches consommateurs potentiels, risquerait d'entraîner la diffusion de la consommation de cocaïne dans l'UE, y compris de la «base/crack». Il faut traiter cette possibilité d'expansion avec prudence car une couverture médiatique biaisée de la «base/crack» risque d'engendrer des mythes autour de sa consommation, et de distraire ainsi l'attention des problèmes structurels persistants auxquels sont confrontés certains quartiers des centres urbains (9).

Sources

(Rapports des points focaux nationaux 2000)

- (1) The Forensic Science Service, *Drug abuse trends*, No 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londres, 1999.
- (2) Rapport ESPAD 1999, voir p. 11 pour référence détaillée.
- (3) Boys, A., e.a., *Cocaine trends: A qualitative study of young people and cocaine use*, National Addiction Centre, Londres, 2001.
- (4) Ghuran, A., et Nolan, J., «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart*, vol. 83, 2000, p. 627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H., et Bottomley, T., *Evolving crack cocaine careers: New users, quitters and long term combination drug users in NW England*, University of Manchester, 1998.
- (6) Paoli, L., *Pilot project to describe and analyse local drug markets: First-year report to the EMCDDA*, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C., et Zuidmulder, L., «Retail level drug dealing in Rotterdam», *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, EMCDDA, Scientific Monograph Series, No 4, 2000.
- (8) *Drug abuse trends*, Issue No 10, New Series, octobre/décembre 1999.
- (9) Hartman, D., et Golub, A., «The social construction of the crack epidemic in the print media», *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 31 (4), 1999.
- (10) *Home Office Statistical Bulletin*, 2000.



Maladies infectieuses

Prévalence et tendances

VIH

La prévalence de l'infection au VIH est très différente selon les pays — et au sein même des pays, entre les régions et les villes. Bien que les sources et les méthodes de collecte de données différentes compliquent les comparaisons, les données disponibles montrent des niveaux d'infection moyens parmi différents sous-groupes d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) compris environ entre 1 % au Royaume-Uni et 32 % en Espagne (voir graphique 8, chapitre 1).

La prévalence du VIH semble s'être stabilisée dans la plupart des pays depuis le milieu des années 90 après un net déclin qui a suivi une première grande épidémie parmi les UDVI dans les années 80 (voir graphique 24). Dans certains pays (Luxembourg, Irlande, Pays-Bas, Autriche, Portugal et Finlande), la transmission pourrait augmenter parmi certains sous-groupes d'UDVI (voir encadré à la page 17, chapitre 1).

Les transmissions récentes apparaissent plus clairement en examinant spécifiquement la prévalence chez les UDVI de moins de 25 ans. Les infections au VIH pour ce groupe se sont certainement produites en moyenne plus récemment car la plupart des UDVI commencent à s'injecter de la drogue entre 16 et 20 ans (1) (2). Les tendances pour cette tranche d'âge, selon les données disponibles, sont plus marquées que la prévalence générale et sont parfois même opposées. En Finlande, par exemple, une poussée importante s'est produite en 1998-1999, comme le montrent les données des déclarations du VIH (voir graphique 25). Après 1999, la prévalence globale a diminué, selon les données provenant des programmes d'échanges de seringues (voir graphi-

que 24), toutefois la prévalence chez les jeunes UDVI est passée de 0 % en 1999 à environ 4 % en 2000. Cela pourrait signifier qu'une fois que les nouvelles infections parmi les anciens UDVI commencent à baisser en raison d'une saturation (la plupart des personnes à risque ont contracté une infection) et/ou d'un changement de comportement des individus à risque, les nouvelles infections touchent principalement les jeunes UDVI, qui présentent souvent des niveaux plus élevés de comportement à risque.

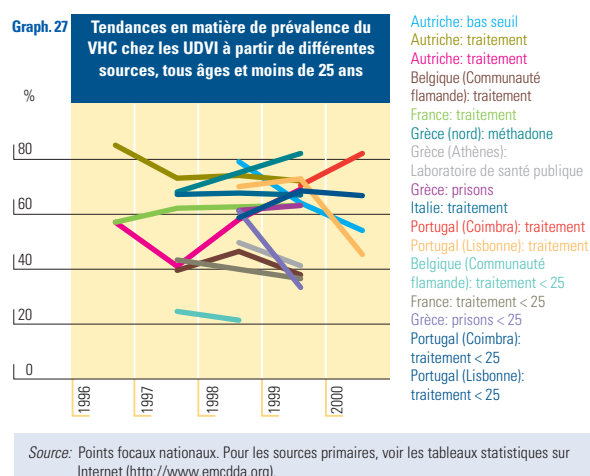
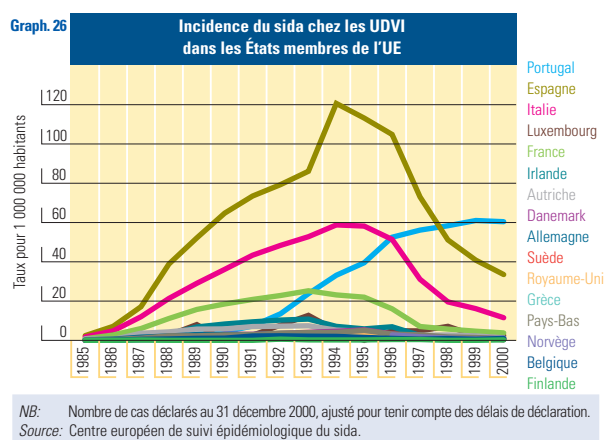
Dans plusieurs pays, la prévalence du VIH est très supérieure chez les femmes UDVI que chez les hommes UDVI. Cette constatation pourrait s'expliquer par des niveaux supérieurs ou des méthodes différentes de partage des seringues et/ou les risques de transmission sexuelle plus importants auxquels sont exposées les femmes UDVI.

Sida

Les pays qui ont été les plus touchés par le sida parmi les UDVI sont principalement ceux du sud-ouest de l'UE, notamment l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal (23). L'incidence du sida varie considérablement entre les pays, tout comme le VIH, mais la tendance générale est à la baisse (voir graphique 26). Ce déclin est probablement dû aux nouveaux traitements dont bénéficient les UDVI qui retardent l'apparition du sida. Dès lors, l'incidence du sida est désormais considérée comme un indicateur moins fiable de la transmission du VIH qu'avant 1996. L'incidence annuelle du sida la plus élevée parmi les toxicomanes, relevée en Espagne, a récemment été dépassée par le Portugal, le seul pays n'ayant pas enregistré de diminution. Cela peut indiquer une assimilation limitée du traitement du VIH (comme le montre une étude récente) et/ou un plus grand nombre de transmissions du VIH au cours des années 90. Toutefois, l'augmentation enregistrée au Portugal semble se stabiliser au cours de l'an 2000.

(23) Graphique 16 EL — Cas de sida diagnostiqués en 1999 parmi les UDVI, par million d'habitants (version en ligne).

Questions particulières



Hépatite C

La prévalence de l'infection à l'hépatite C est plus élevée et plus uniforme dans l'UE que la prévalence du VIH. Entre 40 % et plus de 90 % des UDVI sont infectés par le virus de l'hépatite C, même dans des pays où les taux d'infection au VIH sont faibles, tels que la Grèce (voir graphique 9, chapitre 1). L'infection chronique au virus de l'hépatite C crée des problèmes de santé importants, et à long terme (décennies) peut entraîner des conséquences sérieuses pour la santé, y compris des lésions graves du foie et des décès prématurés. La proportion d'infections chroniques qui induisent des problèmes de santé graves est encore très mal déterminée, mais certains indices récents montrent que chez les UDVI, elle serait peut être inférieure (peut-être 5 à 10 %) qu'on ne le pensait (20 à 30 %) (3) (4). Les niveaux extrêmement élevés d'infection au virus de l'hépatite C chez les UDVI en Europe peut néanmoins impliquer une charge sanitaire très importante en raison des maladies hépatiques parmi les (ex-)UDVI dans les décennies à venir.

Les tendances de l'infection à l'hépatite C, pour les quelques pays qui ont pu fournir ces informations, montrent à la fois des hausses et des baisses importantes en Grèce, en Autriche et au Portugal selon les sources (lieu) et les tranches d'âge (voir graphique 27). Ces tendances peuvent refléter des populations différentes d'UDVI avec une épidémiologie différente de l'infection, mais également les résultats des politiques de test avec la récente introduction du dépistage de l'hépatite C. Par exemple, les individus particulièrement à risque peuvent participer en premier aux tests volontaires du virus de l'hépatite C proposés, si bien que la prévalence dans les années suivantes diminue. On ne pourra confirmer les tendances actuelles qu'en suivant ce phénomène sur une

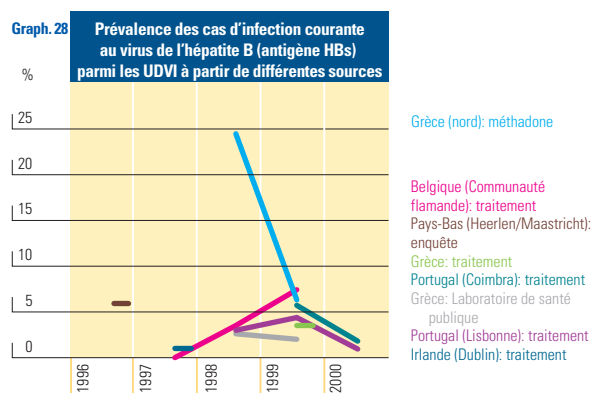
période plus longue. Cet écart potentiel est peut-être moins important pour les tests VIH, qui sont disponibles depuis plusieurs années.

Hépatite B

La prévalence des anticorps au virus de l'hépatite B (VHB) est également élevée, mais semble moins homogène dans l'UE que la prévalence au virus de l'hépatite C. Dans le cas de l'hépatite B, la présence d'anticorps indique si un individu a déjà été infecté ou non, contrairement au virus de l'hépatite C et au VIH, où un test positif aux anticorps indique généralement une infection actuelle. Toutefois, les anticorps contre le virus de l'hépatite B peuvent également être un signe de vaccination. Cela signifie que les pratiques de vaccination, très distinctes selon les pays, doivent être prises en compte pour interpréter la prévalence de l'anticorps au virus de l'hépatite B. Le pourcentage d'UDVI sans anticorps représente une population encore à risque qui devrait bénéficier d'une vaccination. La vaccination des UDVI est particulièrement importante car l'infection à l'hépatite B (tout comme l'hépatite A ou D) peut être très dangereuse et même mortelle si la personne est déjà atteinte d'un autre virus d'hépatite tel que celui de l'hépatite C. Dans l'UE, entre 20 et 60 % des UDVI environ ont des anticorps contre l'hépatite B. Les données rapportées spontanément provenant d'études dans certains pays laisseraient penser qu'environ 10 à 30 % d'UDVI seulement seraient entièrement vaccinés (5) (6) (7) (8), d'où un grand potentiel de progrès sanitaires grâce à la vaccination (24).

Il est plus facile d'interpréter la prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (le marqueur sérologique qui indique si le virus de l'hépatite B est encore présent) que celle des anticorps du virus de l'hépatite B. Ces mesures permettent de déceler l'infection actuelle à l'hépatite B,

(24) Graphique 17 EL — Prévalence des anticorps au virus de l'hépatite B chez les UDVI dans les États membres de l'UE, 1996-2000 (version en ligne).



Source: Points focaux nationaux. Pour les sources primaires, voir les tableaux statistiques sur Internet (<http://www.emcdda.org>).

qui peut être une infection récente ou chronique. Le taux d'antigènes de surface de l'hépatite B indique donc la possibilité de complications graves à long terme et de propagation dans le cas des comportements d'injection à risque ou de transmission sexuelle. La prévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B n'est disponible que dans très peu de pays, mais elle semble très variable et est élevée dans certains cas (voir graphique 28). Dans le nord de la Grèce, les UDVI participant à des programmes de substitution à la méthadone ont connu une forte poussée de l'infection à l'hépatite B avant 1998, les taux étant particulièrement élevés en 1998 puis ils ont baissé considérablement entre 1998 et 1999. En Belgique, les données des UDVI en traitement montrent une augmentation constante de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B (antigène de surface de l'hépatite B) entre 1997 et 1999. Au Portugal, des données récentes font état d'une baisse de l'infection actuelle au virus de l'hépatite B. En Norvège, les données issues des déclarations montrent une forte croissance des infections au virus de l'hépatite B (et au virus de l'hépatite A) chez les UDVI.

Autres maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, endocardites et *Clostridium*

Parmi les maladies infectieuses qui peuvent être importantes chez les UDVI, on relève la tuberculose qui ne se transmet pas par injection, mais dont le taux est particulièrement élevé parmi les usagers de drogues en Espagne et au Portugal, en raison d'une forte relation avec l'infection au VIH et au sida. D'autres maladies sexuellement transmissibles (MST), telles que la syphilis et la gonorrhée, peuvent être très répandues également chez les toxicomanes, notamment les prostituées, si elles n'ont pas accès aux services médicaux à bas seuil. Cette situation peut induire une transmission importante aux individus non-toxicomanes, alors que ces MST constituent aussi un facteur de risque essentiel pour l'infection au VIH. Les UDVI ont par ailleurs souvent une prévalence élevée d'autres infections dangereuses, telles que des abcès au niveau des points d'injection ou des endocar-

dités (infection des valves cardiaques), qui peuvent être souvent bien traitées lorsque les services existent.

Entre avril et août 2000, l'Angleterre, l'Écosse, l'Irlande et le pays de Galles ont connu une poussée très importante de l'infection au *Clostridium novyi* avec 104 cas de maladie grave et 43 morts de jeunes gens. Ce foyer était probablement lié à de l'héroïne contaminée associée à des modes d'injection spécifiques (intramusculaire ou sous-cutané au lieu de la voie intraveineuse). Cela a montré de façon dramatique l'ampleur potentielle des problèmes de santé graves que peuvent connaître les UDVI, bien plus importants et dangereux que les problèmes de santé dus à d'autres modèles de consommation de drogues plus répandus.

Causes et conséquences

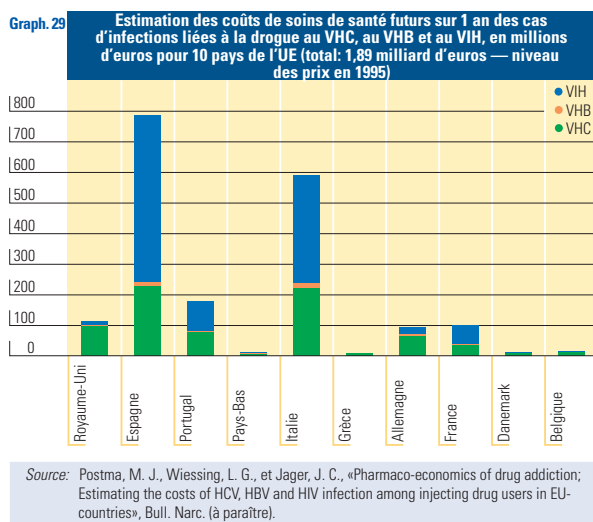
Injection

Parmi les usagers de drogues, les infections telles que le VIH et les hépatites B et C sont principalement transmises dans le cadre de la consommation de drogues par voie intraveineuse. Cela est largement dû au partage du matériel d'injection tel que les aiguilles et les seringues et des accessoires tels que le coton, l'eau et les cuillères. Il est probable que, dans des cas d'augmentation de la consommation de drogues par voie intraveineuse, les populations d'UDVI sont particulièrement exposées au risque de propagation rapide du VIH et de l'hépatite.

La vitesse et l'ampleur de l'épidémie du sida dans les différents pays peuvent avoir été largement déterminées par la vitesse et l'ampleur de l'épidémie de l'usage de drogue par voie intraveineuse. Ces épidémies de consommation de drogues par injection sont probablement survenues avant dans les pays d'Europe du Nord tels que les Pays-Bas (dans les années 70 et 80), mais sont restées relativement restreintes alors qu'elles se sont produites plus tardivement dans les pays de l'Europe du Sud tels que l'Espagne, l'Italie et le Portugal (dans les années 80 et 90), mais à des taux plus élevés. L'apparition de l'épidémie du VIH a dû dès lors dépendre d'un équilibre délicat entre la vitesse et l'ampleur de l'épidémie de l'usage de drogue par voie intraveineuse, la sensibilisation au sida (nouveau) et la vitesse de l'introduction de mesures préventives à grande échelle.

L'étendue de l'injection chez les usagers de drogues (en Europe principalement d'héroïne seule ou associée à d'autres substances) peut aussi dépendre des préférences et des pratiques culturelles des usagers de drogues ou du type d'héroïne disponible sur le marché (soluble dans l'eau et pouvant être injectée ou non). Le prix et le degré de pureté jouent probablement un rôle à cet égard, car il est plus efficace et donc moins cher de s'injecter de

Questions particulières



l'héroïne que de la fumer. La peur du sida ne semble avoir que peu d'influence sur la décision de consommer de la drogue par voie intraveineuse ou non.

À l'heure actuelle, on ne sait pas comment prévenir efficacement la consommation par voie intraveineuse. L'injection ou la consommation d'héroïne, par quelque moyen que ce soit, peut dépendre d'une multitude de facteurs personnels et sociétaux tels que les problèmes de comportement et/ou familiaux et le chômage. Les traitements de substitution peuvent toutefois être particulièrement efficaces pour réduire la pratique de l'injection et les comportements d'injection à risque chez les héroïnomanes (9).

L'injection a diminué considérablement au cours des années 90 dans la plupart des pays, mais pas dans tous. En conséquence, les taux de prise de drogues par injection (mesurés parmi les usagers d'opiacés admis en traitement) sont très variables, allant de 10 % aux Pays-Bas à 70 % en Grèce environ. Les tendances récentes en matière d'injection ne sont pas disponibles hormis pour l'Irlande, où on relève une hausse continue, ce qui est cohérent avec l'accroissement récent du nombre de tests VIH positifs d'UDVI.

Comportement d'injection à risque

Parmi les UDVI, la diffusion des infections est principalement déterminée par le comportement d'injection à risque, notamment le «partage des seringues» (en donnant ou en recevant une seringue usagée à une autre personne ou provenant d'une autre personne). La transmission peut également se produire en partageant le matériel d'injection tel que l'eau, le coton, les cuillères, notamment dans le cas des hépatites B et C. L'injection dans des conditions d'hygiène médiocres peut même

causer la transmission de l'hépatite alors qu'aucun matériel n'est partagé, par exemple avec une contamination sanguine par les mains, les tables ou autres surfaces.

Parmi les autres comportements à risque, on note le chargement normal ou transvasement (injection d'héroïne d'une seringue à une autre afin de mesurer des parts égales). Les données préliminaires sur le partage d'aiguilles indiquent que, en général, cette pratique est encore très répandue chez les UDVI, allant de 10 à 17 % aux Pays-Bas (emprunt récent d'aiguilles usagées) à 64 % en Irlande (partage d'aiguilles au cours des 4 dernières semaines) et 75 % en Angleterre et au pays de Galles (partage d'aiguilles et du matériel) (25). Ces données peuvent pour la plupart sous-estimer les comportements à risque tels que le partage indirect (chargement normal ou transvasement), le partage de matériel autre que des aiguilles, etc. D'autre part, le partage de seringues se produit souvent entre partenaires réguliers qui savent mutuellement qu'ils ne sont pas infectés, ce qui peut être relativement sûr.

Comportement sexuel à risque

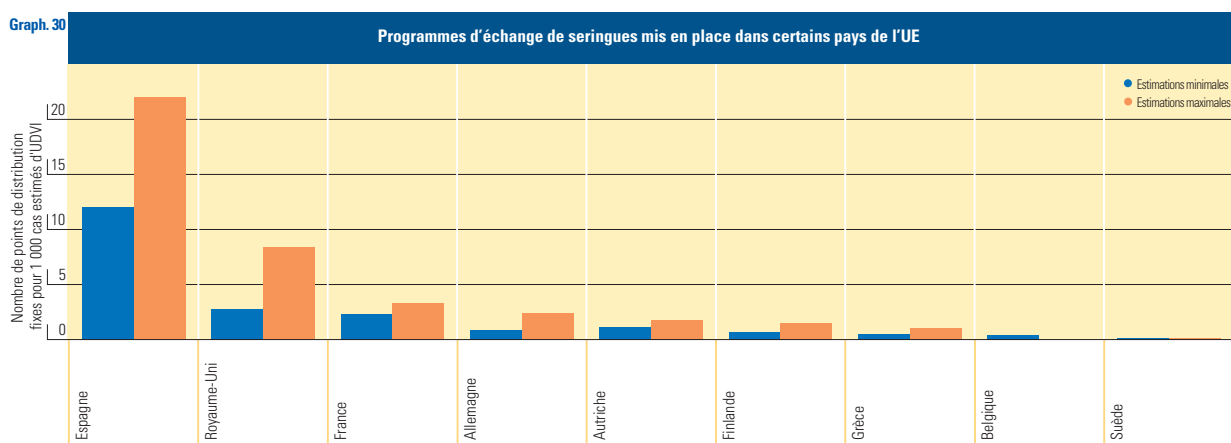
La transmission sexuelle du VIH et du virus de l'hépatite B est beaucoup moins patente que la transmission due au partage d'aiguilles, alors que la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C est très faible. Toutefois, lorsque le niveau d'infection (prévalence) est élevé chez les UDVI, la transmission sexuelle et la transmission de la mère à l'enfant du VIH et du virus de l'hépatite B peuvent devenir importantes. Les UDVI peuvent donc former des groupes qualifiés de noyaux ou de foyers d'infection pour une propagation continue à la population en général. L'utilisation de préservatifs est un moyen efficace pour prévenir la transmission sexuelle. Elle s'est fortement développée parmi les usagers de drogues depuis les années 80, notamment parmi les prostituées qui utilisent les préservatifs très souvent avec leurs clients. Toutefois, l'utilisation du préservatif est généralement faible entre partenaires privés qui constituent donc encore un groupe à risque particulièrement exposé à l'infection.

Conséquences et coûts

Les conséquences de l'infection au VIH sont considérables. Le sida se déclare en moyenne dix ans après l'infection au VIH, ce qui implique pendant cette période des coûts très importants pour l'individu et la société en raison d'infections chroniques, d'hospitalisations et de morts prématurées.

L'infection à l'hépatite B se guérit spontanément dans la majorité des cas, toutefois, elle entraîne dans de

(25) Tableau 6 EL — Partage d'aiguilles parmi les UDVI dans certains États membres de l'UE (version en ligne).



Source: Estimation de la couverture des mesures de réduction des risques parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe, Lisbonne, OEDT, 2001.

nombreux cas (2 à 8 % des adultes, 10 à 15 % des adolescents et beaucoup plus pour les enfants) des infections chroniques, qui à long terme peuvent provoquer des atteintes hépatiques aiguës et des décès prématurés. L'hépatite B et le VIH se transmettant facilement par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant, ces infections parmi les UDVI constituent une menace importante pour la population dans son ensemble.

L'hépatite C demeure une infection chronique dans la plupart des cas (probablement 70 à 80 %) et les UDVI sont donc encore une source potentielle d'infection très importante. L'hépatite C, comme l'hépatite B, peut provoquer de graves maladies hépatiques et la mort prématurée à long terme (décennies). La combinaison de différentes infections d'hépatites (y compris l'hépatite A) simultanément peut s'avérer particulièrement dangereuse et entraîne souvent des atteintes hépatiques aiguës et la mort.

Une estimation préliminaire des coûts de soins de santé futurs sur un an des infections liées à la drogue au VIH, au virus des hépatites B et C dans l'UE s'élevait à environ 0,5 % du budget total de l'UE consacré à la santé (voir graphique 29).

Réponses visant à une réduction des risques

Dans la plupart des pays de l'UE, l'introduction de mesures de réduction des risques — telles que l'amélioration de l'accès à des aiguilles et des seringues stériles, une plus grande disponibilité des préservatifs et des conseils et tests de VIH — a permis de contrôler la transmission du VIH chez les UDVI. Les traitements de substitution, qui peuvent réduire fortement la fréquence des injections, sont également présents dans tous les États

membres, principalement sous la forme de méthadone par voie orale, mais dans beaucoup de pays, des grandes améliorations peuvent encore être apportées en termes de couverture (voir chapitre 2, sections «Réduction de la demande», «Traitements», «Traitements de substitution»).

Alors qu'il apparaît clairement que les mesures de réduction des risques ont permis de réduire la prévalence de l'hépatite C chez les UDVI, elles n'ont pas permis de contrôler sa propagation (10). La persistance de l'infection à l'hépatite C chez les jeunes UDVI exige que des approches innovantes soient adoptées en matière de réduction des risques. L'introduction de salles d'injection sous contrôle médical et la distribution contrôlée d'héroïne sont deux approches actuellement envisagées par certains pays de l'UE. Toutefois, elles posent toutes deux des problèmes d'ordre éthique et juridique et pourraient nécessiter une modification de la législation en matière de drogue. Dans les pays ayant mis en place des salles d'injection (Allemagne, Australie, États-Unis, Pays-Bas et Suisse), leur impact doit encore être évalué.

Parmi les autres éléments importants permettant d'apprécier la présence de mesures de réduction des risques, on note les prestations de services et la couverture des UDVI. À partir des estimations sur la consommation problématique de drogues et les taux d'UDVI parmi les usagers d'opiacés en traitement, des estimations ont été déduites sur la taille de la population d'UDVI dans les États membres de l'UE. Ces estimations fournissent un aperçu de la disponibilité des programmes d'échange de seringues (points de distribution) par pays (voir graphique 30) et le nombre d'aiguilles échangées grâce à ces programmes pour 1 000 UDVI par an (26). Bien que les estimations spécifiques des pays ne soient parfois pas

(26) Graphique 18 EL — Seringues distribuées ou échangées dans le cadre de programmes d'échange de seringues (PES) par UDVI estimé par an (version en ligne).

Questions particulières

fiables, il semble que globalement les programmes d'échange de seringues dans la plupart des pays disposant de données ne fournissent pas encore un nombre suffisant d'aiguilles propres pour les UDVI, à l'exception peut-être du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) et de l'Espagne.

Une étude française indique qu'un usager quotidien (au cours du mois qui précède) procéderait en moyenne à 3,6 injections par jour, soit plus de 1 300 injections par an par UDVI quotidien (93 % de l'échantillon d'individus échangeant leurs aiguilles étaient des UDVI quotidiens) (11). Cette moyenne dépend néanmoins en grande partie des substances injectées (les consommateurs d'opiacés qui s'injectent également de la cocaïne pourraient présenter un taux plus élevé) ou des revenus (les UDVI ayant peu de ressources sont susceptibles d'avoir moins souvent recours à l'injection). Des estimations de meilleure qualité et spécifiques aux pays sur la taille de la population d'UDVI et le nombre d'injection sont nécessaires pour évaluer la couverture des programmes d'échange de seringues et ainsi leur capacité à prévenir efficacement les infections liées à la drogue (27) (28).

Sources

- (1) Darke, S., Kaye, S., et Ross, J., «Transitions between the injection of heroin and amphetamines», *Addiction*, vol. 94, 1999, p. 1795-1803.
- (2) Doherty, M. C., Garfein, R. S., et Montoroso, E., «Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults», *J Urban Health*, vol. 77, 2000, p. 396-414.
- (3) Thomas, D. L., Strathdee, S. A., et Vlahov, D., «Long-term prognosis of hepatitis C virus infection», *JAMA*, vol. 284, 2000, p. 2592.
- (4) Freeman, A. J., Dore, G. J., Law, M. G., e.a., «Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C», *Hepatology*, 2001 (à paraître).
- (5) European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons, second annual report, 1998.
- (6) Lamagni, T. L., Davison, K. L., Hope, V. D., e.a., «Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs, England 1995 and 1996», *Comm Dis Public Health*, vol. 2, 1999, p. 174-177.
- (7) Fitzgerald, M., Barry, J., O'Sullivan, P., et Thornton, L., «Blood-borne infections in Dublin's opiate users», *Ir J Med. Sci*, vol. 170, 2001, p. 32-34.
- (8) Point focal national italien (rapport national 2000 à l'OEDT).
- (9) Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A., Alcibes, P., «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV», *AIDS*, vol. 12 (supplément A), 1998, p. S217-S223.

- (10) Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., e.a., «Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?», *J Infect*, vol. 40, 2000, p. 176-183.
- (11) Valenciano, M., Emmanuelli, J., et Lert, F., «Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France», *Addiction*, vol. 4, p. 597-606.

Drogues synthétiques

Cette section vient compléter les informations et les analyses présentes dans d'autres sections du présent Rapport annuel en fournissant un résumé des principales questions, préoccupations et défis entourant les drogues synthétiques.

Propagation de la consommation

Alors que le tableau global en 2000 confirme que la propagation de la consommation de drogues synthétiques dans l'UE s'est stabilisée, on observe encore des tendances à la hausse pour l'ecstasy dans quelques régions, certaines villes ou certains lieux de vacances étant plus susceptibles d'attirer les jeunes touristes européens en raison de leur situation géographique et de l'importance de l'offre d'événements destinés aux jeunes. Plus généralement, les zones urbaines où les cultures de jeunes se sont établies peuvent encore constituer un lieu d'ancrage et de développement des «drogues récréatives».

L'analyse croisée des enquêtes qualitatives suggère que la consommation de drogues synthétiques s'est étendue au-delà des milieux «techno» vers les discothèques, les clubs et aussi les soirées privées. D'autres environnements ont également été signalés. Par exemple, en 1998, une étude a montré que, en Grèce, 35 % des étudiants consommateurs d'ecstasy ont pris cette drogue à l'occasion de matchs de football.

Comportements et modèles de consommation

En ce qui concerne les comportements, la tendance n'est pas de consommer une drogue particulière plutôt qu'une autre, mais d'utiliser différentes drogues selon les besoins et les situations.

Certains États membres montrent que le comportement des jeunes évolue. Cette question devrait donner lieu à des recherches plus approfondies.

(27) Tableau 7 EL — Offre, utilisation et couverture des programmes d'échange de seringues destinés aux UDVI et couverture des pharmacies dans certains pays de l'UE, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 (version en ligne).

(28) Tableau 8 EL — Conseils et tests concernant le dépistage du VIH, le traitement du VIH et la vaccination contre le virus de l'hépatite B fournis aux UDVI dans certains pays européens, selon les rapports des points focaux nationaux, 2000 (version en ligne).

Que sont les drogues synthétiques?

Le terme «drogue synthétique» désigne les substances psychoactives fabriquées par un processus chimique dont les principaux éléments psychoactifs ne sont pas dérivés de substances présentes à l'état naturel. Le terme «drogue synthétique» a commencé à être utilisé comme synonyme des drogues liées à la danse et à des fins récréatives à la suite de l'apparition de l'ecstasy (MDMA) et autres substituts d'amphétamines en anneau dans les milieux festifs de la drogue, bien que les drogues non synthétiques, telles que le cannabis, la cocaïne et les champignons magiques, soient également consommées dans ces lieux. Les drogues synthétiques dont l'usage illicite est répandu depuis longtemps comprennent les amphétamines et le LSD (acide lysergique diéthylamide) alors que l'usage illicite de l'ecstasy (MDMA) et d'autres drogues répertoriées dans la liste d'Alexander Shulgin Pihkal ⁽¹⁾ est beaucoup plus récent. La production possible d'autres nouvelles drogues synthétiques vendues comme une alternative au MDMA ou ajoutées aux comprimés de MDMA fait l'objet d'une préoccupation croissante. La facilité de production de nombreuses «drogues synthétiques» représente un défi majeur pour les efforts visant à réduire l'offre, étant donné que les laboratoires peuvent être créés et déplacés relativement aisément.

Certaines drogues synthétiques ont des effets hallucinogènes et sont des stimulants ou des déprimeurs du système nerveux central (SNC). Le GHB est notamment un déprimeur. Il existe également des opiacés synthé-

tiques tels que la méthadone, la péthidine (MPPP, MPTP), le fentanyl, le méthyl-3 fentanyl, etc.

Les drogues «designer» sont des composés chimiques analogues aux drogues contrôlées. Les producteurs illégaux modifient légèrement la structure moléculaire d'une substance interdite afin d'obtenir des effets pharmacologiques similaires ou plus forts, évitant ainsi les poursuites. L'action commune de l'UE sur les nouvelles drogues synthétiques (voir l'encadré à la page 52) a été lancée en juin 1997 dans la perspective de prévenir et/ou limiter l'extension de ces pratiques.

Les amphétamines sont aussi des drogues synthétiques. Elles peuvent être absorbées par injection, comme en Finlande et en Suède, ou consommées sous forme de comprimés ou de poudre. Les amphétamines sont souvent mélangées dans des comprimés identiques à ceux d'ecstasy avec du MDMA ou des substances analogues à l'ecstasy.

Les métamphétamines sont des dérivés méthylés des amphétamines (principalement mais pas exclusivement modifiés par déplacement d'atome). Elles regroupent la «méthédrine» ainsi que le «cristal» et la «glace» qui sont des formes fumables.

(1) A. et A. Shulgin (1991), *Pihkal: a chemical love story*, Transform Press.

- La plupart des pays rapportent des modèles de consommation très changeants pour un large public consistant à expérimenter et/ou combiner différentes substances pour se «défoncer» et/ou modérer les effets respectifs.
 - Aux Pays-Bas, le phénomène d'«abandon progressif de l'ecstasy» est en cours d'évaluation. Les raisons expliquant cette tendance comprennent plusieurs facteurs, par exemple, qu'il n'existe aucun label de la composition exacte ou une sensibilisation accrue (grâce aux médias) des effets secondaires adverses sur l'humeur et l'état émotionnel. La question de savoir si la cocaïne constitue une alternative en tant que stimulant de base avec des effets prévisibles et connus est également posée. L'association de la cocaïne et de l'alcool est, selon les usagers expérimentés, un «bon mélange», alors que la consommation d'ecstasy associée à l'alcool est considérée comme plus difficile à gérer.
 - En ce qui concerne les usagers d'ecstasy à problème, certaines études sur la toxicomanie soulignent que le potentiel de la substance elle-même à créer une dépendance peut avoir un rôle moindre par rapport aux modèles de dépendance non chimiques et comportementaux qui sont liés à la substance.
- Tous les États membres attachent une importance particulière, à l'heure d'élaborer leurs stratégies, à la différenciation des groupes d'usagers de drogues synthétiques. On peut procéder à une première différenciation très rudimentaire des usagers d'ecstasy.
- Les *consommateurs excessifs*. Même si le potentiel de dépendance du MDMA est faible, une minorité d'usagers a un modèle de consommation compulsif — plus d'une fois par semaine, plus d'un comprimé par prise, utilisation de nombreuses autres substances, participation active à des soirées organisées le week-end et

Questions particulières

manque de sommeil. Ils font souvent partie d'un réseau au sein duquel la consommation de drogues est très courante.

- Les *usagers prudents*, dont le modèle de consommation est moins large.
- Les *consommateurs occasionnels*, qui sont moins conscients des risques potentiels.

L'usage combiné de différentes substances, licites et illicites, est un modèle de comportement commun chez les jeunes dont le mode de vie est festif (bars, discothèques, «rave», soirées techno et soirées privées). La polytoxicomanie — qui consiste à mélanger ou consommer en alternance toute une gamme de substances synthétiques et non synthétiques — est la principale tendance et l'«autogestion» de la polytoxicomanie en fonction du contexte est un modèle de consommation prédominant.

Le passage d'une substance à une autre et la polytoxicomanie sont liés dans une certaine mesure à la disponibilité de différentes substances et aux opportunités. Les stratégies individuelles ou de groupe sont souvent prépondérantes dans l'obtention d'une substance particulière et la dynamique de groupe joue un rôle essentiel.

Il convient de distinguer les substances qui sont considérées comme plus adaptées aux concerts et les autres drogues (telles que les drogues d'après la danse ou non liées à la danse) ou les substances expérimentées dans le cadre d'un cercle d'initiation mené par des consommateurs expérimentés qui ont une connaissance au moins empirique des dosages et des effets secondaires. Pour quelques drogues synthétiques, l'absence d'environnement de ce type pourrait présenter des risques plus importants.

Disponibilité des substances

Le MDMA est encore la substance préférée du marché de l'ecstasy et se présente sous différents labels et différents noms. Par exemple, le laboratoire allemand de police criminelle à Wiesbaden qui a suivi des comprimés portant un logo «Mitsubishi» avec trois diamants triangulaires a publié une liste de plus de 200 substances finales différentes.

Des comprimés de MDMA surdosés ont été détectés grâce à des saisies et des analyses toxicologiques ou des tests de comprimés sur le terrain par des équipes de

prévention à l'occasion de concerts, permettant ainsi de communiquer rapidement leurs caractéristiques à tous les États membres de l'UE dans le cadre du système européen d'alerte rapide.

Il convient de suivre de près l'augmentation du nombre de médicaments psychotropes, tels que la kétamine, détournés des sources légitimes.

Les amphétamines (ou «speed»: sulfate d'amphétamine) semblent bénéficier d'un degré de pureté inférieur et être moins disponibles. Les pays scandinaves sont toujours le principal marché pour les amphétamines destinées à l'injection et le Royaume-Uni pour les amphétamines non destinées à l'injection.

La consommation moyenne de métamphétamines est encore très limitée dans l'UE. Toutefois, selon Europol⁽²⁹⁾, les preuves de production (laboratoires démantelés) ont été confirmées pour l'Allemagne et les Pays-Bas. L'Estonie et en particulier la République tchèque sont également impliquées dans la production et le trafic. Les métamphétamines, probablement fabriquées en République tchèque ont progressivement remplacé les amphétamines pour les consommateurs en Bavière et en Saxe, deux Länder allemands limitrophes. Plusieurs saisies de cette substance ont été rapportées à Europol en 1999 par les agences de répression en Allemagne, aux Pays-Bas, en Finlande et en Suède.

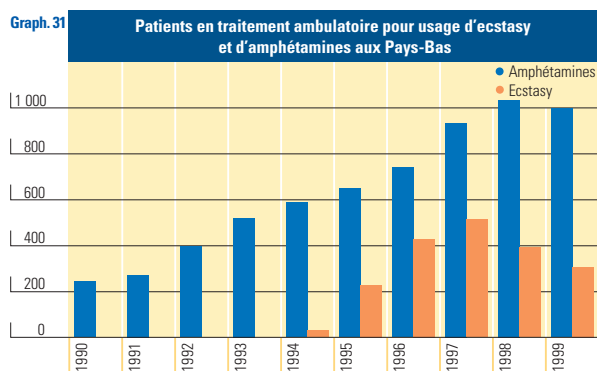
Bien qu'il soit encore présent dans le monde de la drogue, le marché du LSD et autres hallucinogènes s'est stabilisé ou nivelé dans la plupart des États membres.

Données de traitement

Les données de traitement, qui constituent une indication sur le niveau de consommation problématique de drogues, couvrent très peu les drogues synthétiques à l'exception des amphétamines à injecter. L'ecstasy est rarement enregistrée comme la drogue principale des demandes de traitement, les patients étant généralement polytoxicomanes. Le niveau élevé des demandes de traitement pour consommation d'amphétamines comme principale drogue en Finlande et en Suède peut s'expliquer par le modèle historique d'injection du sulfate d'amphétamine dans ces pays.

Aux Pays-Bas, la mise en place d'une entrée spécifique pour l'usage d'ecstasy en 1994 a permis d'obtenir en 1995 un enregistrement complet dans le système de soin ambulatoire. Les chiffres montrent une tendance à la

⁽²⁹⁾ Rapport Europol 2000, La Haye, Pays-Bas.



baisse des demandes de traitement pour consommation d'ecstasy depuis 1997, en tenant compte de l'augmentation initiale au cours de deux années précédentes, peut-être en raison — du moins en partie — de meilleures méthodes d'enregistrement. Ainsi, l'ecstasy ne concerne pas plus de 1 % de l'ensemble des patients (et les amphétamines 3,1 %). En 1999, le nombre de patients consommant de l'ecstasy en tant que drogue secondaire était deux fois plus important que le nombre de patients dont l'ecstasy était la drogue principale, ce qui est cohérent avec le fait que les consommateurs d'ecstasy sont généralement polytoxicomanes.

Risques pour la santé

Bien que les informations à ce sujet soient rares et mal documentées, les substances du type de l'ecstasy peuvent être à l'origine de problèmes graves, notamment s'ils sont associés à d'autres drogues licites ou illicites (telles que le GHB et l'alcool), et s'ils sont mélangés à d'autres drogues dont le potentiel de conséquences néfastes graves est moindre, ou lorsque les comprimés sont très surdosés et/ou pris de façon répétée sur une courte période.

Les médecins hospitaliers soulignent l'importance des comportements à risque (tels que la recherche compulsive d'un «flash» et l'ignorance de la composition et/ou des effets) par rapport à la toxicité d'une substance en particulier isolée de son contexte et de son mode de consommation. Le passé médical de l'individu peut également s'avérer déterminant.

Dans la plupart des cas, le diagnostic est une polyintoxication, car il est impossible d'incriminer une substance plutôt qu'une autre.

Pour comprendre la nature et les risques potentiels à long terme ainsi que les aspects neuropsychiques qui surgissent souvent dans les cas d'intoxication aiguë, la priorité pour les médecins hospitaliers est désormais le suivi des intoxications non mortelles parmi les jeunes consommateurs d'ecstasy (principalement lorsqu'elle est associée à d'autres drogues).

La consommation à long terme peut produire des effets préjudiciables. Les effets réversibles ou non sur le cerveau sont encore en discussion. Pour les grands consommateurs d'ecstasy, on relève de plus en plus des preuves de dommages des neurones sérotonergiques. Les résultats cliniques suggèrent des déficits cognitifs, mais les projets de recherche dans ce domaine (en cours aux États-Unis et au Royaume-Uni) sont encore peu nombreux.

Décès liés à la prise de drogues synthétiques

Depuis que des actions de proximité et autres mesures de prévention ont été prises lors de soirées «techno/house» et de fêtes, on observe une diminution des incidents mortels par rapport au début des années 90, du moins dans les pays où les cas d'urgence sont enregistrés et documentés.

La surdose apparente d'amphétamines ou de dérivés phénylpropanolamines, lorsque ces dérivés ont été considérés comme la principale cause de la mort, correspond à 50 % des cas mortels aux Pays-Bas entre 1994 et 1997. Dans les autres cas, des dérivés d'amphétamines étaient présents, mais la mort a été attribuée à d'autres drogues et/ou à l'alcool ou à des causes inconnues.

Une nouvelle drogue de synthèse, le méthylthioamphétamine-4 (4-MTA, désigné dans la rue par «flatliner») a été impliquée dans un certain nombre de décès dans l'UE (quatre décès au Royaume-Uni et un aux Pays-Bas). Une autre «nouvelle» drogue synthétique, le GHB (gamma-hydroxybutyrate), a également été liée à certains décès, généralement en association avec l'alcool et/ou d'autres drogues. Ces deux substances ont fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation des risques dans le cadre de l'action commune de l'UE sur les nouvelles drogues synthétiques (voir l'encadré à la page 52).

Réponses

Les réponses à la consommation de drogues synthétiques sont organisées suivant différents niveaux d'intervention.

La *prévention primaire* vise principalement à fournir des informations sur les drogues synthétiques, généralement avec des campagnes d'information publiques et des interventions dans les écoles.

Les *activités de réduction des risques/travail de proximité dans les lieux festifs* comprennent des zones de repos, des tests de comprimés, des tracts d'information et des bureaux sur le terrain. On relève également des initiatives «autogérées» dans le milieu techno qui visent à inclure

Questions particulières

des informations sur les drogues synthétiques et les substances associées dans diverses activités musicales.

L'information des consommateurs sur les risques de mélanger des substances (notamment l'alcool) et le dépistage rapide de nouveaux groupes à risque parmi les jeunes sont désormais considérés comme essentiels.

L'objectif des réponses sanitaires rapides est de fournir des informations ciblées sur la prévention qui permettent aux professionnels dans les salles d'urgence et les unités antipoison, aux médecins généralistes, aux agents de santé sur le terrain, etc., de détecter et de mieux répondre aux cas d'intoxication aiguë. En France, depuis 1998, Médecins du monde assure une permanence d'assistance médicale pendant les raves et autres «free parties». Les difficultés comprennent le manque de documentation clinique sur les cas d'intoxication aiguë, et l'impossibilité de se référer au passé médical des individus.

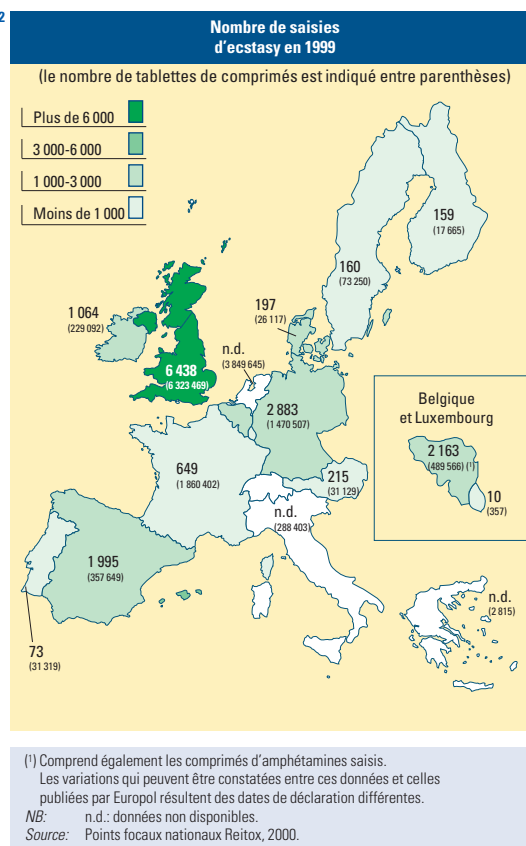
Même si leur profil de consommation de drogues est moins problématique, les «nouveaux» consommateurs de drogue (nouveaux consommateurs ou consommateurs expérimentés qui ne sont pas connus des services de traitement) devraient recevoir de meilleures informations sur la façon d'identifier les signes de consommation problématique de drogues et le besoin d'assistance. La perception d'un individu de son état de santé, la prise de conscience de perdre le contrôle de l'usage «autogéré» et les connaissances sur l'accès aux services de conseil sont des indicateurs possibles qui doivent être associés aux actions préventives de proximité. Toutefois, le manque de diversité et/ou de pertinence de l'offre de traitement existante peut limiter les effets de ces efforts.

Réduction de l'offre

Selon Europol (rapport annuel 2000), les Pays-Bas sont toujours le premier pays producteur et exportateur d'ecstasy: 36 sites de production ont été identifiés en 1999. Cette même année, 4 laboratoires ont été démantelés en Belgique, 2 en Espagne et 1 en Allemagne. Un des plus importants laboratoires d'amphétamines sans précédents a été démantelé en Grèce en février 2000. La production et l'exportation impliquent également un certain nombre de pays d'Europe de l'Est (la Bulgarie, la Pologne et la République tchèque) et les États baltes.

De 10 à 20 % des drogues synthétiques destinées au marché du Royaume-Uni sont par exemple produites au Royaume-Uni alors que le reste serait fabriqué sur le

Graph. 32



continent (principalement en Belgique et aux Pays-Bas) et pénètre au Royaume-Uni via les ports de la Manche ou les aéroports.

Le prix de gros moyen (par kilogramme) pour les comprimés vendus sous le nom d'ecstasy oscille entre 4 et 5 euros par comprimé, avec le prix le plus bas relevé au Portugal, 1 euro, et le plus élevé de 13 euros au Danemark (30). Le prix de vente au détail moyen varie entre 4 et 28 euros par gramme, avec un prix minimal de 4 euros aux Pays-Bas et le maximum de 34 euros au Danemark.

Nouvelles initiatives et défis pour l'élaboration de politiques

Les drogues synthétiques font l'actualité politique malgré les preuves scientifiques limitées en termes de risque pour la santé publique. Leur haut niveau de consommation parmi les groupes socialement bien intégrés, leur rôle en tant que modèle de référence dans la culture jeune et le fait que la production et le trafic se déroulent en Europe (tant pour les marchés intérieurs qu'extérieurs) constituent une forte pression incitant à mener des actions européennes responsables.

(30) Dernières données: juillet 1999. Les prix varient au sein des différents États membres selon le degré de pureté, les quantités achetées et le lieu d'achat (Source: Europol, rapport annuel 2000).

Les drogues synthétiques et l'évaluation des risques qu'elles présentent sont progressivement intégrées à une vision plus large des modèles de consommation et des comportements changeants, des sous-cultures et des évolutions. Cela a conduit aux actions suivantes:

- établissement de canaux de communication efficaces entre les différents acteurs participant aux systèmes de réponse rapide;
- amélioration de la communication entre les informations à fondement scientifique et les réponses politiques;
- amélioration de la capacité à obtenir des informations spécifiques sur les drogues synthétiques et plus généralement sur les nouvelles tendances en matière de consommation de drogues grâce aux estimations de prévalence nationales et locales, aux enregistrements des demandes de traitement, tout en tenant compte de l'orientation principale des services de traitement pour les consommateurs d'opiacés.

L'action commune de l'UE sur les nouvelles drogues synthétiques

Entre 1998 et 2000, le «système d'alerte rapide» de l'action commune de l'UE pour la collecte et l'échange rapide d'informations sur les nouvelles drogues synthétiques a détecté un certain nombre de substances qui sont apparues sur le marché illégal dans l'UE. Les rapports intermédiaires communs résumant les informations collectées au cours de cette première phase ont été présentés par l'OEDT et Europol au groupe horizontal «Drogues» du Conseil de l'Union européenne. Lors d'une deuxième phase, à la suite d'une demande du Conseil, quatre de ces substances — le MBDB, le 4-MTA, le GHB et la kétamine — ont été soumises à une évaluation des risques par le comité scientifique élargi de l'OEDT.

À partir du rapport sur l'évaluation des risques et d'un avis de la Commission européenne, une des nouvelles drogues synthétiques, le 4-MTA, fait l'objet de mesures de contrôle dans tous les États membres de l'UE par décision du Conseil du 13 septembre 1999.

D'autres nouvelles drogues synthétiques, telles que le PMMA, le 2-CT-5 et le 2-CT-7, ont récemment été détec-

tées grâce au «système d'alerte rapide» de l'action commune et sont actuellement contrôlées conjointement par l'OEDT et Europol, en étroite coopération avec la Commission européenne et l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMEA).

En tant qu'instrument permettant de définir si une substance particulière doit être placée sous contrôle ou non au niveau de l'UE, l'action commune fournit également aux États membres et aux institutions européennes des analyses régulières dans le cadre de la consommation de drogues à des fins récréatives et donne des indications rapides sur les tendances en matière de trafic des drogues synthétiques. Les exercices d'évaluation des risques fournissent des informations importantes pour les décideurs politiques dans le cadre de leur réflexion sur les options possibles pour une approche équilibrée entre les mesures de répression et de prévention.

Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale

Ce chapitre exploite les récentes informations obtenues dans le cadre du programme Phare multibénéficiaire en matière de lutte contre la drogue. Actuellement, le partenariat entre l'OEDT et les pays candidats est dans une période de transition durant laquelle la coopération technique directe sera étendue afin de continuer à développer la base institutionnelle pour les systèmes d'information nationaux sur les drogues, de renforcer les relations et d'établir des liens structurels permanents.

Situation et tendances

Globalement, les principales tendances identifiées en 2000 se sont confirmées:

- le pourcentage de la population globale, en particulier les lycéens ayant essayé des drogues illicites au moins une fois dans leur vie, est en hausse;
- la demande de traitement augmente, surtout la demande pour dépendance envers les opiacés;
- les modèles de consommation changent, avec un remplacement croissant des opiacés produits localement par de l'héroïne d'importation;
- la drogue s'étend des grands centres urbains à toutes les régions;
- les problèmes et les défis associés au trafic et au transit de drogues illicites se multiplient.

Prévalence et modèles de consommation de drogues

Selon les données provenant du projet européen d'enquêtes scolaires sur l'alcool et d'autres drogues (ESPAD) en 1995 et en 1999, la consommation au cours de la vie de drogues illicites chez les lycéens (15-16 ans) a doublé pendant la même période dans tous les pays de l'Europe centrale et orientale (PECO), hormis en République tchèque où cette prévalence était déjà relativement élevée et a augmenté de un et demi (voir graphique 33).

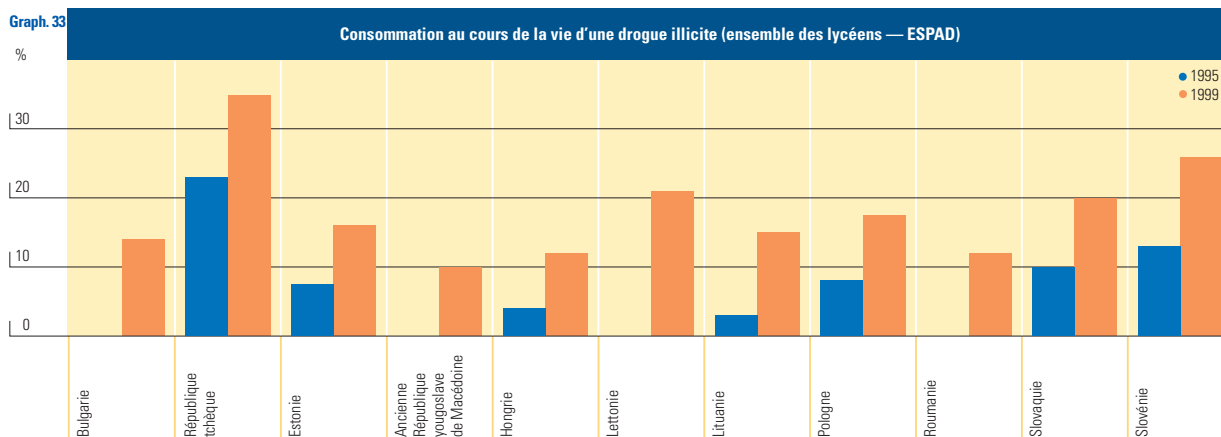


Tableau 4 Consommation au cours de la vie d'ecstasy, d'amphétamines et de LSD pour l'ensemble des lycéens, ESPAD 1995-1999

	Ecstasy		Amphétamines		LSD	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgarie	—	1	—	1	—	1
République tchèque	0	4	2	5	2	7
Estonie	0	3	0	7	1	3
Ancienne République yougoslave de Macédoine	—	1	—	0	—	1
Hongrie	1	3	0	2	1	4
Lettonie	0	6	0	4	0	4
Lituanie	0	4	0	2	0	2
Pologne	0	3	2	7	1	5
Roumanie	—	0	—	0	—	0
Slovaquie	—	2	0	1	0	4
Slovénie	1	4	0	1	1	3

Cette augmentation reflète principalement une consommation croissante de cannabis, qui reste la drogue la plus communément utilisée par les adolescents.

Par ailleurs, on note une augmentation importante, mais plus faible, de l'usage de drogues telles que l'ecstasy, les amphétamines ou le LSD (voir tableau 4).

Toutefois, certaines données collectées au niveau des villes ou dans des sous-groupes plus ciblés révèlent que la prévalence des drogues synthétiques est peut-être plus élevée que ce que laissent penser les données nationales, malgré l'absence de données précises sur le nombre d'utilisateurs dans la population.

En Lituanie, selon l'enquête ESPAD de 1999, la prévalence au cours de la vie de toute drogue illicite chez les lycéens s'élevait à 22,7 % à Vilnius, et à 23,9 % à Klaipėda, alors que la moyenne nationale était de 15,5 %.

En République tchèque, une étude menée dans le milieu «techno» à Prague en 1998 et en 1999 montre que la prévalence au cours de la vie s'élevait à 44,5 % pour les amphétamines, 35,7 % pour l'ecstasy et 47,7 % pour les hallucinogènes (contre, respectivement, 5, 4 et 7 % selon l'enquête ESPAD menée à l'échelle nationale).

Demande de traitement

Les demandes de traitement — principalement pour consommation d'opiacés — semblent encore en augmentation (voir tableau 5).

Toutefois, il convient de souligner que les modèles de consommation, ainsi que les substances problématiques elles-mêmes, peuvent être très variables selon les pays ou selon les régions.

Disponibilité

Les saisies importantes sur la route des Balkans et en Europe centrale en 1999 et en 2000 confirment le rôle de la région dans le transit et le stockage d'héroïne. La quantité totale d'héroïne saisie par les autorités bulgares en 2000 est de 2 079 kilogrammes, soit davantage que les quantités totales saisies au cours des 6 années précédentes. La plupart de ces saisies sont effectuées au poste de contrôle principal avec la Turquie. On ne relève pas de hausses similaires ailleurs sur la route des Balkans. Néanmoins, à mesure que la consommation d'héroïne s'accroît, il semble que les PECO deviennent également des cibles.

L'Europe centrale et orientale est toujours une région de transit pour le cannabis destiné aux États membres de l'UE. En 2000, la plupart des pays ont rapporté des saisies. Les études montrent que le cannabis est la drogue la plus communément utilisée dans les PECO et certains indices donnent à penser, comme pour l'UE, que le trafic illicite, mais également la culture de cannabis dans la région, sont en forte hausse.

Le rôle de transit de l'Europe centrale et orientale dans le trafic de cocaïne semble s'être renforcé en 1999 et en 2000. Des saisies importantes de cocaïne ont été relevées en Hongrie, en République tchèque et en Roumanie. Pourtant, la consommation semble limitée à des segments particuliers de la population, dont la taille est difficile à apprécier avec les systèmes de contrôle existants.

Tableau 5 Nombre de demandes de traitement dans les PECO depuis 1993 (ensemble des demandes)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanie	n.d.	n.d.	27	63	334	523	615
Bulgarie	n.d.	n.d.	254	449	582	974	1 071
République tchèque (1)	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estonie	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.	n.d.
Ancienne République yougoslave de Macédoine	82	116	242	301	431	n.d.	n.d.
Hongrie (2)	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Lettonie	n.d.	781	804	904	992	1 080	1 512
Lituanie (3)	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862	3 082
Pologne	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.	n.d.
Roumanie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	650	n.d.
Slovaquie	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovénie (1)	141	187	125	309	n.d.	n.d.	n.d.

(1) Première demande de traitement.

(2) Nombre de cas traités (indicateur non harmonisé).

(3) Nombre de toxicomanes enregistrés.

NB: n.d. = données non disponibles.

Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale

Les drogues synthétiques gagnent en popularité parmi les jeunes (voir tableau 4) et certains indices inquiétants montrent qu'un nombre croissant d'adolescents participe au trafic et à la vente de drogues. La production de drogues synthétiques a augmenté et sa consommation influe sur le mode de vie de plus en plus de jeunes. Il existe des laboratoires illégaux produisant des amphétamines dans la plupart des PECO et les précurseurs destinés à la production sont importés illégalement d'autres PECO, de l'UE ou de pays tiers.

Des laboratoires illégaux ont été démantelés dans presque tous les pays de la région. La Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque et les États baltes semblent en particulier être les principaux producteurs. Par exemple, malgré le démantèlement de sept laboratoires en Pologne au début de l'année 2000, on estime que le même nombre au moins de laboratoires seraient encore opérationnels. La prévalence mondiale de la consommation d'ecstasy a conduit à l'exportation de la drogue à partir de l'UE vers les marchés d'Europe centrale et orientale. Les institutions répressives rapportent qu'une proportion significative de l'ecstasy consommée dans les PECO provient des Pays-Bas.

Réponses politiques et institutionnelles au phénomène de la drogue

Depuis le milieu des années 90, les stratégies et les politiques antidrogue dans les pays d'Europe centrale et orientale (tout comme les États membres de l'UE) reposent sur deux éléments principaux: tout d'abord la nature changeante du phénomène de la drogue qui affecte de plus en plus des segments importants de la société et, deuxièmement, le caractère multidimensionnel du problème qui demande des réponses coordonnées et pluridisciplinaires au niveau national. Les actions de différentes organisations internationales, notamment la Commission européenne, ont servi de catalyseur pour l'élaboration de réponses nationales au phénomène de la drogue.

Dans ce cadre, les pays d'Europe centrale et orientale ont pris des mesures importantes pour élaborer des mesures législatives appropriées et des structures administratives et de coordination. De plus, dans le cadre du processus d'élargissement de l'UE et de la stratégie de préadhésion,

Loi slovène en matière de drogue

La loi slovène sur la «prévention de l'usage de drogues illicites et les consommateurs de drogue illicites» (1999) prévoit des mesures pour prévenir la consommation de drogues illicites, mais également des mesures concernant: les activités d'information, médicales, pédagogiques et de conseil, le traitement médical, les services de sécurité sociale et les programmes pour résoudre les problèmes sociaux liés à la consommation de drogues illicites ainsi que le suivi de la consommation de drogues illicites. Cette loi traite, entre autres, de la nécessité d'impliquer les organisations non gouvernementales et la coordination de leurs activités avec le programme national. Elle envisage l'affectation de fonds pour le cofinancement de la mise en œuvre des programmes de prévention et le suivi de la consommation à partir du budget national.

les dix pays candidats PECO⁽³¹⁾ ont adapté et réorienté leurs interventions en matière de contrôle de la drogue vers l'adoption et la mise en place de l'acquis communautaire. Un processus similaire est mis en œuvre dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine malgré le fait que ce pays ne soit pas encore candidat à l'adhésion.

Législation

Tous les PECO candidats ont signé et ratifié les trois conventions des Nations unies sur le contrôle de la drogue — qui sont indissociables pour atteindre les objectifs de la stratégie antidrogue de l'UE. L'Estonie est le dernier pays à avoir ratifié en 2000 la «convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes» de 1998. Tous les PECO candidats ont signé et ratifié la «convention de 1990 du Conseil de l'Europe sur le blanchiment, le dépistage, la saisie et la confiscation des produits du crime» (convention de Strasbourg).

Le processus d'adoption de législations nationales varie dans son intensité et son approche selon les pays de la région, allant de l'adoption de différentes lois portant sur des questions spécifiques relatives à la drogue — en Hongrie par exemple — au concept d'une loi unique de type «parapluie» très inclusive — par exemple la «loi sur les réponses à la toxicomanie» de 1997, en Pologne. Cette dernière a été amendée en 2000 pour que les dispositions concernant la possession de petites quantités

(31) Les PECO suivants sont candidats à l'adhésion de l'UE: Bulgarie, République tchèque, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Slovaquie et Slovénie.

de drogues soient plus restrictives et pour renforcer la réduction de la demande. Une législation du même type a récemment été adoptée en Bulgarie (1999). Au cours des deux dernières années, la Slovénie a adopté trois lois importantes sur la drogue: sur la production et le commerce de drogues illicites (1999), sur les précurseurs de drogues illicites (2000) et une loi portant exclusivement sur la prévention de la consommation de drogues, le traitement et la réinsertion des toxicomanes (1999). La loi roumaine de 2000 relative à «la lutte contre le trafic et la consommation de drogues illicites» est plutôt succincte et sera probablement suivie d'un certain nombre de mesures législatives secondaires. Tous les pays candidats ont adopté une législation spécifique sur le contrôle des précurseurs, cohérente avec les règlements de l'UE. Par exemple, en 2000, la Slovaquie et la Slovénie ont adopté des lois, et des règlements sur les précurseurs ont été introduits en Bulgarie, en Lituanie et en Pologne.

Coordination nationale

Conformément à la nouvelle législation, les structures nationales de coordination et de prise de décision dans la plupart des PECO candidats ont connu des changements importants en 1999 et en 2000. En 1999, la commission nationale tchèque en matière de drogue a approuvé le statut de son organe consultatif — le conseil des représentants des ministères — et lui a confié la préparation d'une nouvelle stratégie nationale. La commission hongroise de coordination en matière de drogue a été réformée afin de renforcer son mandat et sa capacité opérationnelle. Les nouvelles lois adoptées en Bulgarie et en Slovénie ont établi des organes de coordination interministérielle dans ces pays, consolidant leur rôle avec la création de structures de soutien permanentes — le bureau gouvernemental sur les drogues et le secrétariat national du conseil sur les drogues respectivement — analogues à celles existant en République tchèque et en Slovaquie. Le «comité interministériel roumain pour la lutte contre les drogues» a été établi en 1999 et doit encore devenir entièrement opérationnel, alors qu'en Pologne une structure de ce type n'a pas fonctionné depuis 1998. Cette réorganisation a généralement permis aux pays de mettre en place des structures afin de répondre aux besoins spécifiques d'une société en mutation et aux problèmes auxquels elle est confrontée.

L'organe de coordination interministériel est généralement dirigé par un des ministères participants. Dans la plupart des pays, il s'agit d'un ministère traitant d'affaires sociales — le ministère de la santé en Bulgarie, en Lituanie et en Slovénie, le ministère des affaires sociales en Estonie et le ministère de la jeunesse et des sports en Hongrie. Dans d'autres pays, cet organe est directement

rattaché au cabinet du gouvernement — présidé par le Premier ministre en République tchèque et le vice-Premier ministre en Slovaquie — ou est du ressort du ministère de l'intérieur, comme en Lettonie. En Roumanie, l'organe interministériel est par définition «sous la tutelle» du Premier ministre, mais les activités sont organisées par le ministère de l'intérieur.

Dans la perspective de mettre en œuvre et de coordonner des politiques nationales au niveau local, des commissions locales sur la drogue ont été créées en République tchèque, en 1999, et en Bulgarie, en 2000. L'établissement de conseils municipaux pluridisciplinaires sur les drogues a aussi été lancé. Ils sont analogues aux commissions régionales et de district sur les drogues établies en Slovaquie en 1997.

Stratégies nationales et plans d'action

Dans les pays où les organes interministériels sur les drogues sont bien implantés, comme en République tchèque et en Slovaquie, les stratégies nationales pluridisciplinaires sont élaborées et mises en œuvre de façon cohérente. La République tchèque a, par exemple, adopté sa troisième stratégie nationale consécutive. Le processus d'élaboration des documents stratégiques et des plans d'action s'est intensifié en 1999 et en 2000, et des stratégies nationales ont été adoptées en Slovaquie (1999), en Pologne (1999), en Hongrie (2000) et en République tchèque (2000).

Le «programme estonien sur la prévention de l'alcoolisme et l'abus de drogues» (1997-2007), le «plan-cadre letton sur le contrôle des stupéfiants et la prévention de l'abus de drogues» (1999-2003) et le «programme national lituanien sur le contrôle de stupéfiants et la prévention de la toxicomanie» (1999-2003) sont en cours de révision. En Slovénie, un «programme national pour la prévention de l'abus de drogues» adopté en 1992 a été mis en œuvre au cours des dernières années. Un nouveau programme devrait être adopté sur la base de la récente législation. Des stratégies globales de contrôle des stupéfiants et de prévention doivent encore être adoptées en Roumanie et en Bulgarie. Cette dernière a adopté un programme national pour la prévention, le traitement et la réinsertion des toxicomanes pour la période 2001-2005.

Les nouvelles stratégies démontrent l'engagement des pays dans le sens où le problème de la drogue est reconnu au plus haut niveau politique et de l'exécutif. Elles fournissent également une base pour les programmes pluridisciplinaires. La plupart des documents stratégiques adoptés récemment sont des

Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale

plans d'action concrets, fixant des objectifs, des cibles, des indicateurs de réalisation, etc., qui garantissent ou exigent une augmentation des ressources financières. La nécessité d'améliorer les informations sur les drogues et l'évaluation des interventions est de plus en plus reconvenue et intégrée dans les plans nationaux. Le partenariat entre les secteurs gouvernemental et non gouvernemental pour l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des programmes semblent répondre de mieux en mieux aux besoins individuels et collectifs de la population en général, mais également de la population toxicomane. Il convient de noter que toutes les nouvelles stratégies adoptées dans les pays candidats s'efforcent d'assurer une cohérence entre les politiques nationales et les politiques et les stratégies approuvées au niveau de l'UE.

République tchèque

À la fin de l'an 2000, le gouvernement tchèque a adopté une stratégie de politique nationale en matière de drogue 2001-2004. Cette stratégie énumère 82 tâches spécifiques et stipule que tous les ministères compétents ayant un mandat dans le domaine des drogues, ainsi que les autorités régionales et de district responsables de la politique sur les drogues, sont chargés de préparer un plan d'action antidrogue spécifique pour la période 2001-2004 conforme à la stratégie. La stratégie tient compte de la réorganisation administrative et de la création d'unités administratives et territoriales plus importantes et prévoit une meilleure coordination régionale.

Hongrie

La stratégie nationale pour la suppression du phénomène de la drogue, élaborée par le ministère de la jeunesse et des sports, a été approuvée par le Parlement à la fin de l'an 2000. Il s'agit du premier document stratégique exhaustif, adopté officiellement traitant du problème de la drogue en Hongrie. Pour justifier l'approche pluridisciplinaire «fixant des objectifs», la stratégie se base sur l'analyse des données disponibles et des précédentes expériences nationales et internationales. La stratégie identifie des objectifs à long terme (2009), à moyen terme (2002) et à court terme, et des indicateurs pour suivre les progrès réalisés. Elle prévoit également le cadre organisationnel et financier nécessaire pour mener les actions. La stratégie comprend quatre objectifs principaux: capacités communautaires et de coopération effectives, disponibilité des mesures de prévention, accès à la thérapie d'assistance sociale et à la réinsertion, et réduction de l'offre.

Pologne

Malgré l'absence d'organe interministériel de coordination, le programme national de lutte contre la toxicoma-

nie en Pologne 1999-2001 a été adopté à la fin de l'année 1999. Dans le même esprit que le plan d'action antidrogue de l'UE (2000-2004), le programme fixe huit objectifs visant à renforcer les interventions de réduction de la demande, accroître l'efficacité des actions portant sur la réduction du trafic de stupéfiants et de substances psychotropes, ainsi que des mesures visant à renforcer les structures de coordination nationales et la coopération internationale. Dans le domaine de la réduction de la demande, le programme s'intéresse en particulier à des objectifs très compatibles avec ceux de la stratégie de l'UE, tels que les activités de prévention ciblant les jeunes, l'amélioration de diverses mesures en termes de réadaptation et de réinsertion sociale, la réduction des conséquences néfastes de la toxicomanie sur la santé, etc. La nécessité d'évaluer les actions et de fixer des modalités de suivi doit encore être traitée.

Slovaquie

Le programme national de lutte contre les drogues jusqu'en 2003 avec des perspectives jusqu'en 2008 est un document politique adopté à la suite de la mise en œuvre du premier programme national (1995-1999). Le programme prône un équilibre entre les actions de réduction de la demande et de réduction de l'offre en fixant quatre principaux objectifs: prévention primaire, traitement et réinsertion, réduction de l'offre de drogues et application de la loi pour lutter contre la drogue, politiques de médias de masse et coopération internationale, où la préparation à l'adhésion et la nécessité de coopération permanente avec l'UE et ses institutions, y compris l'OEDT, est considérée comme une priorité. Le programme s'intéresse également à la nécessité d'appliquer les décisions de la 20^e session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies. Les principales sources de financement pour les activités du programme sont: le fonds sanitaire de l'État, principalement pour les activités de prévention, le fonds antidrogue, principalement pour les activités des ONG dans le domaine de la réadaptation et des soins postcure, et le budget de l'État, principalement pour les ministères ou la mise en œuvre des projets définis dans le programme.

Blanchiment de capitaux

La majorité des pays candidats d'Europe centrale et orientale ont mis en œuvre des mesures pour lutter contre le blanchiment de capitaux. Ils ont presque tous établi un cadre juridique, institutionnel et judiciaire contre le blanchiment de capitaux et une cellule de renseignement financier est soit devenue opérationnelle, soit a été renforcée au cours des deux dernières années. Par

ailleurs, la plupart de ces unités ont formellement été acceptées en tant que membres à part entière du groupe Egmont ⁽³²⁾ et peuvent de ce fait être considérées comme entièrement conformes aux normes et pratiques de l'UE et, dans une grande mesure, capables de satisfaire leurs futures obligations envers l'UE.

Une nouvelle législation contre le blanchiment de capitaux est entrée en vigueur en Roumanie en 1999 et a été approuvée par le Parlement en Slovaquie et en Pologne en 2000. En 1999, la loi bulgare sur les banques a été modifiée et un amendement à la loi sur le blanchiment de capitaux est entré en vigueur en 2000 en République tchèque.

Résumé

Malgré le fait que, en règle générale, les PECO disposent d'un cadre législatif et institutionnel adéquat, la capacité globale à mettre en œuvre efficacement les mesures adoptées ainsi que les ressources allouées reste limitée dans l'ensemble. Le faible niveau opérationnel des mécanismes nationaux de coordination dans certains pays entrave l'efficacité de la mise en œuvre des politiques et la coopération régionale est insuffisante. Dans la plupart des pays, cela empêche les institutions concernées de résoudre le problème et limite leur capacité à participer de façon effective aux mesures de coopération internationale conçues pour traiter les

menaces transfrontalières auxquelles sont confrontés les PECO et l'UE. Il est donc essentiel que les pays concernés continuent de renforcer leurs politiques, institutions et mécanismes de coordination et de prévoir les ressources nécessaires pour y parvenir. Pour relancer ce processus en 2000, la Commission européenne a affecté 1 million d'euros supplémentaire à chacun des pays candidats pour mettre en place un volet spécifique sur la drogue dans le cadre de leur programme national Phare. La plupart de ces projets seront élaborés dans le cadre de jumelages avec les États membres de l'UE.

⁽³²⁾ Le groupe Egmont est une organisation informelle créée en 1995 dans le but de fournir un forum pour les cellules de renseignement financier et d'améliorer le soutien de leurs programmes nationaux respectifs en matière de blanchiment de capitaux. Au total, 53 cellules de renseignement financier sont actuellement membres du groupe.

Points focaux Reitox

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

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

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45-33) 48 76 82
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel. (45-33) 48 76 54
Fax (45-33) 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

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

Germany — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italy — Mr Franco Scarpino
'Prevention and Rehabilitation
Activities Coordination Unit' of
the Department for Social Affairs
of the Presidency of the Council
of Ministers
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 064 82 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

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

Portugal — Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da
Toxicodpendência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira/41 26)
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Spain —
Ms Elena Garzón
Government Delegation to the
National Plan on Drugs —
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

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

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

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

Commission européenne — Mr Timo Jetsu
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi/Wetstraat 200
(Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne — 2001

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2001 — 59 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-115-6

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'une des douze agences décentralisées créées par l'Union européenne pour effectuer des travaux techniques ou scientifiques spécialisés. Institué en 1993 et opérationnel depuis 1995, l'Observatoire a pour objectif principal de fournir au niveau européen des « informations objectives, fiables et comparables sur le phénomène des drogues, des toxicomanies et leurs conséquences ». Au travers des informations statistiques, documentaires et techniques qu'il rassemble, analyse et distribue, l'OEDT fournit à ses utilisateurs — qu'il s'agisse de décideurs politiques, de professionnels travaillant dans le domaine de la drogue ou de citoyens européens — un tableau d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe.

Les principaux objectifs de l'Observatoire sont:

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

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

L'OEDT sur Internet

Une version interactive en ligne du présent Rapport annuel 2001 est également disponible (<http://www.emcdda.org>). Cette version fournit des liens vers les sources de données, les rapports et les documents de référence qui ont servi à élaborer ce rapport.

Le site *web* de l'OEDT propose également des informations détaillées sur l'usage de drogues en Europe, des publications à télécharger dans les onze langues officielles de l'UE, des liens vers des centres d'information spécialisés sur les drogues en Europe et hors d'Europe, ainsi qu'un accès gratuit à des bases de données spécialisées.



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-115-6



9 789291 681150 >