



communiqué

de l'agence sur les drogues de l'UE à Lisbonne

N° 11/2002

EMBARGO 11h (BRUXELLES) 03 octobre 2002

Rapport annuel 2002 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne

POLYTOXICOMANIE, TRAITEMENTS RÉUSSIS ET DROGUE EN PRISON : PUBLICATION DE 3 SYNTHÈSES

Le rapport publié aujourd'hui est tout particulièrement axé sur la polytoxicomanie, les traitements réussis et le sujet toujours controversé de la drogue en prison.

En ce qui concerne la **polytoxicomanie**, il se fait l'écho des préoccupations croissantes de l'UE et souligne la nécessité d'une plus vaste étude des « rituels et contrôles sociaux » qu'elle implique.

S'agissant des traitements réussis, il conclut que les méthodes reconnues efficaces devraient être diffusées et affinées.

Quant à l'usage de drogue en prison, l'OEDT affirme qu'il a fondamentalement modifié la réalité de la vie carcérale au cours de ces deux dernières décennies.

Voici quelques aperçus de ces chapitres :

POLYTOXICOMANIE – NÉCESSITÉ DE FAIRE PREUVE DE PLUS DE PERSPICACITÉ

La polytoxicomanie est l'usage d'une drogue illicite combinée à une autre drogue licite ou illicite, telle que l'alcool. Même les boissons énergétiques et, en **France**, le tabac relèvent parfois de ces définitions. Un tel comportement maximalise les effets d'un produit, équilibre ou maîtrise ses effets négatifs et constitue une solution de « rechange » dans la recherche d'un effet particulier.

En matière de polytoxicomanie, certains comportements sont plus dangereux que d'autres. Ainsi, alors qu'il est rare d'être exposé à une surdose en consommant des benzodiazépines seules, l'association d'une dose importante de benzodiazépines et d'une dose importante d'alcool ou d'un opiacé tel que l'héroïne ou la méthadone peut être mortelle. On note une préoccupation croissante concernant les possibilités de mélange de substances psychoactives dans les pilules vendues sous le nom d'ecstasy qui, à l'insu des usagers, peuvent présenter des risques sanitaires de polytoxicomanie.

La plupart des décès liés à la drogue sont associés à l'injection d'héroïne combinée à d'autres drogues. Dans plus de 50% des cas d'overdose mortelle au **Royaume-Uni**, la consommation d'alcool ou d'une autre drogue est rapportée, ce taux allant même jusqu'à 90% en **Irlande**.

La polytoxicomanie s'assortit d'un risque particulièrement élevé de conduite automobile dangereuse, mais les données de l'UE sur la drogue et la conduite automobile sont très limitées. Les comportements violents ou agressifs ont été récemment mis en relation avec des pratiques combinant la consommation accrue d'alcool et de stimulants.

./..

Dans certains pays, les taux de mortalité liés à la polytoxicomanie sont encore en hausse. Le groupe exposé aux risques sanitaires les plus importants est celui des usagers de drogue à problème, notamment ceux pratiquant l'injection d'opiacés ou d'autres drogues. Les polyconsommateurs en traitement sont principalement des hommes, notamment pour ceux consommant de l'héroïne associée à d'autres opiacés, de la cocaïne ou de l'alcool. La prévalence de la polytoxicomanie est supérieure chez les jeunes dans les milieux festifs à celle des jeunes dans d'autres milieux. Les usagers plus âgés et ceux consommant à des fins récréatives sont les deux groupes les plus exposés aux risques.

Le rapport conclut qu'il importe de mieux comprendre les rituels et les contrôles sociaux auxquels se plient les polyconsommateurs pour atteindre les effets recherchés tout en limitant simultanément les risques, de même que les questions cliniques qui s'y rapportent.

LES TRAITEMENTS RÉUSSIS DOIVENT ÊTRE ETENDUS

Un des objectifs du plan antidrogue de l'UE (2000-2004) consiste à «augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès». Malgré l'absence de données cumulées à l'échelle de l'UE mesurant directement la progression sur cette voie, de multiples évaluations ont été menées en Europe pour déterminer quels sont les traitements efficaces.

Le **syndrome de sevrage**, ou désintoxication, est en général considéré comme la première phase du processus de traitement complet, mais c'est celui qui a fait l'objet du moins grand nombre d'évaluations. La méthadone est largement utilisée. Le traitement du syndrome de sevrage sans médication, appelé «sevrage bloc», est utilisé, bien qu'on ne sache pas dans quelle proportion. Le tout récent concept de désintoxication rapide à l'aide de la naltrexone sous narcose complète (quelquefois appelé «traitement de sevrage express») n'a pas encore fait l'objet d'analyses approfondies, mais il doit être étudié en profondeur, indique l'OEDT.

Bien que certains types de traitement du syndrome de sevrage aient fait l'objet d'une évaluation, il est nécessaire de mieux connaître le pour et le contre des différentes modalités, et d'apprécier de manière plus approfondie le type de traitement du syndrome de sevrage le mieux adapté à chaque patient.

La méthode thérapeutique axée sur l'**abstinence sans traitement pharmacologique** met en œuvre des techniques physiques et sociales. Elle vise en premier lieu l'abstinence et, à long terme, l'absence d'état de manque chez le patient. En général, 30 à 50% des patients admis en traitement le terminent avec succès. Des évaluations ont été effectuées à travers toute l'Europe en appliquant différentes méthodologies et ont fourni un bon aperçu de ce traitement. Des recherches plus approfondies demeurent néanmoins nécessaires afin de mieux traiter les phénomènes apparus récemment.

Le **traitement médicalement assisté**, qui inclut le traitement de substitution, peut avoir pour résultat l'abstinence mais également le maintien du patient en traitement médical à long terme. La maintenance à la méthadone est le type de traitement le plus largement pratiqué. Il a été largement évalué dans toute l'Europe et s'est en général révélé efficace pour atteindre des objectifs tels que la réduction de la consommation de drogues illicites, des comportements à risque et de la criminalité. Les traitements à la méthadone ont démontré leur efficacité, de même que ceux à la buprénorphine. Malgré ces semblants de «succès», certains pays considèrent que ni la méthadone ni la buprénorphine n'ont permis d'améliorer suffisamment le bien-être des toxicomanes de rue particulièrement démunis, et ont donc envisagé d'autres options, telles que des essais cliniques à l'héroïne.

S'agissant de **l'ensemble des traitements réussis**, le rapport publié aujourd'hui conclut qu'au cours de ces dernières années, l'accent a été placé sur l'expansion des centres de traitement, ce qui a été réalisé dans une grande mesure. Le défi est désormais d'étendre l'éventail des services de traitement et d'ajuster les interventions elles-mêmes afin d'accroître leur «réussite».

J..

LA DROGUE A MODIFIÉ LA RÉALITÉ DE LA PRISON

La présence et la consommation de drogues a fondamentalement modifié la réalité de la prison au cours des deux dernières décennies. Tous les pays européens connaissent des problèmes majeurs en matière de drogues et de maladies infectieuses liées à la drogue en milieu carcéral. La population carcérale peut être considérée comme un groupe à haut risque en termes de consommation de drogue. Les usagers de drogue sont surreprésentés en prison. La proportion de détenus déclarant avoir déjà consommé une drogue illicite varie selon les prisons et les pays entre 29% et 86% (plus de 50% dans la plupart des études).

Comme dans le monde extérieur, l'expérience du cannabis est la plus communément répandue, mais les taux de consommation d'héroïne sont également élevés – environ 50% des détenus, dans certains cas. Les prisonniers concernés par une consommation régulière, un usage par voie intraveineuse (UDVI) ou une dépendance représentent jusqu'à 69 % de la population carcérale.

La plupart des usagers de drogue ont tendance à cesser ou réduire leur consommation lors de l'emprisonnement car ils ne peuvent pas se procurer de la drogue. Toutefois, certains continuent à se droguer, et même de façon plus importante dans certains cas, et d'autres commencent à le faire une fois qu'ils sont détenus. La collecte systématique d'informations sur l'usage de drogue en prison se fait rarement, mais des études locales de moindre envergure indiquent des taux élevés. Jusqu'à 54% des prisonniers déclarent consommer de la drogue en prison; 36% ont une consommation régulière. Jusqu'à 26% des usagers de drogue en prison indiquent s'être drogués pour la première fois en prison – et 21 % des UDVI incarcérés ont commencé à pratiquer l'injection en prison. Certains comportements engendrent plus de risques en prison, notamment le partage des drogues et du matériel d'injection, le tatouage et la prostitution.

Le nombre de femmes détenues est plus faible que le nombre d'hommes détenus. Mais leur consommation de drogue est proportionnellement plus élevée.

L'accès aux drogues illicites est bien plus difficile dans l'enceinte de la prison qu'en dehors. Cependant tout peut être obtenu en échange d'un paiement. On estime que le prix des drogues est deux à quatre fois supérieur par rapport à l'extérieur, ce qui rend les drogues 10 à 20 fois plus coûteuses en termes de pouvoir d'achat. Le commerce de drogue en prison est beaucoup plus « pénible » qu'en dehors, avec des cas d'intimidation, de chantage et de criminalité.

Le rapport montre que l'offre actuelle en matière de services de soins aux toxicomanes ne correspond pas aux besoins d'usagers de drogue parmi la population carcérale (estimés à plus de 50). La plupart des systèmes carcéraux européens doivent encore fournir beaucoup d'efforts pour parvenir au même niveau de soins entre l'univers carcéral et le monde extérieur.

Bien que la plupart des prisons dans l'UE et en **Norvège** disposent de supports d'information écrits sur les drogues et les maladies infectieuses liées à la drogue, les possibilités systématiques et répétées de conduire des actions de prévention en face à face sont rares et dépendent souvent de l'initiative d'agences externes ou du personnel de la prison à titre individuel. La désintoxication est en général proposée par les services médicaux des prisons ou dans des unités spécialisées de désintoxication, mais on note souvent l'absence de normes de qualité.

Hormis la **Grèce**, la **Suède** et deux Länder en **Allemagne** (**Bavière** et **Bade-Wurtemberg**), des traitements de substitution sont désormais disponibles en prison dans tous les pays de l'UE et en **Norvège**. Néanmoins, même dans les pays où un pourcentage élevé d'usagers de drogue à problème dans la communauté suivent un traitement de substitution, les prisons appliquent principalement une politique de désintoxication.

La prévention des maladies transmissibles pendant l'incarcération est devenue un objectif prioritaire pour plusieurs systèmes pénitentiaires de l'UE. Toutefois, plusieurs traitements clés qui s'étaient révélés efficaces dans le monde extérieur ne sont pas mis en œuvre, compte tenu du caractère politiquement sensible de ces questions, de la résistance de la part du personnel et du fait qu'ils sont perçus comme inadéquats en milieu carcéral.

Notes aux éditeurs

Cette année, l'OEDT met à votre disposition un site web spécifique : *Rapport annuel 2002 en ligne* à l'adresse : <http://annualreport.emcdda.eu.int> ou <http://emcdda.kpnqwest.pt>. Outre les fichiers PDF du rapport qui peuvent être téléchargés, le site web comporte le présent communiqué, ainsi que les autres communiqués de presse en 12 langues (11 langues officielles de l'UE + le **norvégien**).

Contact presse : Joelle Vanderauwera, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies – OEDT,
Rua da Cruz de Santa Apolónia 23–25, PT-1149-045 Lisbonne, Portugal. Tél.: ++ 351 21 811 3000 •
Rapport annuel 2002 en ligne: <http://annualreport.emcdda.eu.int> ou <http://emcdda.kpnqwest.pt>