

## **Corrigendum au rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne - 2000 (texte modifié **souligné**)**

### **Page 21**, sous le sous-titre «**Evolution des décès liés à la drogue**»

Au premier point – la première phrase doit être rédigée comme suit :

En Espagne et en France et, dans une certaine mesure, en Allemagne - bien qu'il ait récemment été fait état d'une augmentation - en Italie, au Luxembourg et en Autriche, le nombre de cas de décès par intoxication aiguë dus à la drogue s'est stabilisé ou a diminué.

### **Page 28**, sous le sous-titre «**Politiques nationales en matière de drogue**»

La première phrase du dernier paragraphe doit être remplacée par les phrases suivantes:

Au Luxembourg, la coordination de la politique en matière de drogue n'est plus du ressort du ministère de la Justice, mais de celui du ministère de la Santé à la suite des dernières élections parlementaires de 1999. Un projet de loi est actuellement à l'étude, en vue d'abolir les peines d'emprisonnement et de réduire les amendes pour usage et possession pour usage personnel de cannabis et ses dérivés, ainsi que de redéfinir les peines pour usage et possession pour usage personnel d'autres drogues.

### **Page 31**, sous le sous-titre «**Maladies infectieuses**»

L'avant-dernier paragraphe doit être rédigé comme suit:

Un programme de vaccination contre l'hépatite B a réussi en Autriche cependant, et l'Allemagne, le Luxembourg ainsi que les Pays-Bas font état d'expériences positives, y compris parmi les groupes de TVI à haut risque.

### **Page 32**, sous le sous-titre «**Usagers à problème**»

La deuxième phrase du premier paragraphe doit être rédigée comme suit:

Au Danemark, plus de 75 %, et, au Luxembourg, 82 % des personnes admises en traitement sont des polytoxicomanes.

### **Page 33**, sous le sous-titre «**Réinsertion**»

La dernière phrase du premier paragraphe doit être rédigée comme suit:

La Grèce, l'Espagne, l'Irlande, le Luxembourg, l'Autriche, le Portugal et la Finlande ont intensifié leurs efforts pour aider les toxicomanes à s'intégrer (ou se réintégrer) dans la société et à stabiliser leur mode de vie.

La dernière phrase du deuxième paragraphe doit être rédigée comme suit:

La Grèce, l'Espagne, le Luxembourg, l'Autriche et le Portugal multiplient les initiatives en matière de logements pour (anciens) consommateurs, sous forme de logements subventionnés, de logements ordinaires ou avec famille.

### **Page 35**, dans le **tableau 1: Produits de substitution utilisés dans l'UE**

La première rangée – «Buprénorphine», colonne «Pays signalant l'usage de cette substance» doit être rédigée comme suit :

Belgique, Danemark, France, Italie, Luxembourg, Autriche, Royaume-Uni,

Dans la deuxième rangée – «Dihydrocodéine», colonne « Pays signalant l'usage de cette substance», la référence au Luxembourg doit être effacée.

### **Page 36**, dans le **tableau 2: Introduction de traitements de substitution dans l'UE**

La rangée «Luxembourg», colonne «Introduction d'autres produits de substitution», doit être rédigée comme suit:

Méphénon® (1989), Méthadone (1989) (c), et Buprénorphine (2000)

### **Page 37**, sur le **graphique: Vue générale des traitements de substitution dans l'UE**

La case concernant Luxembourg doit être rédigée comme suit:

Méphénon®, Méthadone et Buprénorphine (prescrits depuis 2000)

### **Page 40**, dans le **tableau 3: Programmes destinés à répondre aux besoins des femmes consommatrices de drogue**

Dans la rangée relative au Luxembourg et dans la colonne «Mères toxicomanes et leurs enfants», le symbole correct est: **+**



# 2000

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



O . E . D . T .

Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

# 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.

Beaucoup d'informations complémentaires sur l'Union européenne sont disponibles sur Internet. Il est possible d'y accéder via le serveur Europa à l'adresse suivante: <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 portugais et en suédois. Toutes les traductions ont été réalisées par le Centre de traduction des organes de l'Union européenne. Un bulletin statistique de données épidémiologiques sera disponible en anglais sur le site *web* suivant: <http://www.emcdda.org>

Une fiche bibliographique figure à la fin de cette publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2000

ISBN 92-9168-098-2

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2000

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](mailto:info@emcdda.org)

Site *web*: <http://www.emcdda.org>

# Sommaire

<b>Préface</b>	<b>5</b>
<b>Remerciements</b>	<b>6</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	<b>7</b>
<b>Tendances générales</b>	<b>7</b>
<b>Tendances en matière d'usage de drogues et ses conséquences</b>	<b>7</b>
Cannabis	7
Amphétamines et ecstasy	7
Cocaïne	7
Héroïne	8
Polytoxicomanie	8
Consommation problématique de drogues et demande de traitement	8
Décès liés à la drogue	9
Maladies infectieuses liées à la drogue	9
Autres formes de morbidité	9
<b>Tendances en matière de réponse à la consommation de drogues</b>	<b>10</b>
Développements politiques et stratégiques	10
Prévention	10
Réduction des conséquences néfastes de la consommation de drogues	10
Traitement	10
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>Prévalence et modèles de consommation de drogues</b>	<b>13</b>
<b>Prévalence de l'usage de drogues</b>	<b>13</b>
Usage de drogues dans la population en général	13
Usage de drogues dans la population scolaire	15
Estimations nationales de consommation problématique de drogues	16
<b>Conséquences de la consommation de drogues sur la santé</b>	<b>17</b>
Demande de traitement	17
Décès liés à la drogue	19
Mortalité chez les toxicomanes	21
Maladies infectieuses liées à la drogue	22
<b>Indicateurs de répression</b>	<b>23</b>
«Arrestations» pour infractions liées à la drogue	24
Usage de drogues en prison	24
<b>Indicateurs du marché de la drogue: saisies, prix, degré de pureté</b>	<b>24</b>
Cannabis	24
Héroïne	25
Cocaïne	25
Amphétamines, ecstasy et LSD	26

<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>Réponses à la consommation de drogues</b>	<b>27</b>
<b>Développements politiques et stratégiques</b>	<b>27</b>
Politiques nationales en matière de drogue	27
Stratégie de l'Union européenne en matière de drogue (2000-2004)	29
Assurance qualité	29
<b>Réponses visant à une réduction de la demande</b>	<b>29</b>
Prévention	29
Réduction des conséquences néfastes dues à la consommation de drogues	31
Traitement	32
<b>CHAPITRE 4</b>	<b>35</b>
<b>Questions particulières</b>	<b>35</b>
<b>Traitements de substitution</b>	<b>35</b>
Produits de substitution	35
Introduction de traitements de substitution dans l'UE	36
Étendue et structure des services de substitution	37
<b>Répression des infractions liées à la drogue</b>	<b>37</b>
Possession d'héroïne	37
Atteintes à la propriété	38
Vente de drogues	39
<b>Problèmes concernant les femmes toxicomanes et leurs enfants</b>	<b>39</b>
Consommation de drogues chez les femmes	39
Maladies infectieuses	41
Grossesse et femmes avec enfants	41
Traitement des consommatrices de drogues	41
Prévention visant spécifiquement les femmes	42
<b>CHAPITRE 5</b>	
<b>Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale</b>	<b>43</b>
<b>Prévalence et modèles de consommation de drogues</b>	<b>43</b>
Cannabis	43
Opiacés	44
Cocaïne	45
Drogues synthétiques	46
Autres produits	46
<b>Réponses</b>	<b>46</b>
Réponses sur les plans institutionnel et législatif	46
Réduction de la demande et de l'offre	47
<b>Publications de l'OEDT en 2000</b>	<b>49</b>
<b>Points focaux Reitox</b>	<b>51</b>

# Préface

Avec ce *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne 2000*, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) présente à l'Union européenne (UE) et à ses États membres une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe à l'aube du nouveau millénaire. Il est essentiel, pour agir efficacement, de disposer d'informations précises, et, en répondant au besoin d'informations des décideurs à tous les niveaux, l'OEDT participe largement à l'élaboration d'une politique européenne en matière de drogue.

Ce rapport annuel — élaboré en étroite collaboration avec les points focaux Reitox au niveau des États membres et de la Commission européenne, ainsi qu'avec d'autres partenaires clés — constitue le principal support d'information de l'Observatoire. Les données et les analyses qu'il contient sont essentielles pour concevoir et mettre en œuvre des mesures adaptées, afin de faire face au problème de la drogue tant au niveau national qu'au niveau de l'UE.

Étant donné que les méthodes de collecte et de comparaison des données varient à travers l'Europe, l'OEDT développe des instruments spécifiques afin de faciliter l'analyse des législations, des politiques et des stratégies relatives à la drogue dans tous les États membres. À cette fin, cinq indicateurs épidémiologiques standardisés de la consommation de drogues sont mis progressivement en œuvre: enquêtes en population générale, estimations de l'extension de la consommation des drogues, demandes de traitement, mortalité et maladies infectieuses liées à la drogue. Ces indicateurs fournissent non seulement des informations cruciales sur les aspects essentiels du phénomène de la drogue, mais ils revêtent également une valeur stratégique plus large. L'importance de l'évaluation de l'impact des politiques de la drogue est de plus en plus reconnue, et ces cinq indicateurs permettront de mener ces évaluations à l'avenir.

Lors de sa réunion de Helsinki, en décembre 1999, le Conseil européen a formellement adopté la stratégie de l'Union européenne sur les drogues (2000-2004). Ce document fixe six objectifs à atteindre avant la fin de cette période:

- diminuer de manière significative la prévalence de la consommation de drogues et l'apparition de nouveaux consommateurs de moins de 18 ans;

- diminuer de manière significative l'incidence des effets nocifs des drogues pour la santé, ainsi que la mortalité liée à la drogue;
- augmenter sensiblement le nombre de toxicomanes traités avec succès;
- diminuer de manière significative la disponibilité de drogues illicites;
- diminuer de manière significative le nombre d'infractions liées à la drogue;
- diminuer de manière significative le blanchiment d'argent et le trafic illicite de précurseurs chimiques.

En étroite collaboration avec la Commission européenne et les États membres de l'UE, l'OEDT met actuellement en place les instruments et les méthodologies nécessaires pour mettre en œuvre, suivre et évaluer la stratégie sur les cinq années à venir.

Dans la ligne de la politique d'information menée par l'Union européenne sur la drogue, le Programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues (Pnucid) participe à une action concertée — à partir du «document de consensus de Lisbonne» de janvier 2000, qui définit sept indicateurs clés harmonisés — en vue de promouvoir au niveau international une stratégie de collecte des données venant consacrer celle de l'OEDT, menée au niveau de l'Union européenne.

L'importance de ce rôle de premier plan joué par l'OEDT au niveau de l'Union pour obtenir des informations fiables et comparables sur la drogue a trouvé une expression internationale dans la déclaration sur la politique et les principes directeurs relatifs à la réduction de la demande de drogues, adoptée dans le cadre de l'Assemblée générale des Nations unies sur les drogues en juin 1998. Cette reconnaissance et l'importance croissante accordée aux activités permettant d'évaluer la réduction de la demande pour développer des stratégies efficaces contre la drogue aux niveaux national et international constituent une avancée majeure. J'espère que le lecteur verra également dans ce rapport les progrès réalisés dans ce sens.

**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;
- M. Mike Ashton et M<sup>me</sup> Rachel Neaman.

# Tendances générales

## Tendances en matière d'usage de drogues et ses conséquences

### Cannabis

Le cannabis reste la drogue la plus largement accessible et communément consommée à travers l'UE, avec une hausse substantielle de la consommation dans les années 90. La croissance continue dans les pays qui affichaient précédemment des niveaux faibles et une certaine stabilisation dans les pays plus gros consommateurs confirme la tendance à la convergence observée l'an dernier.

- 45 millions d'Européens au moins (18 % des individus âgés de 15 à 64 ans) ont expérimenté au moins une fois le cannabis et 15 millions environ (approximativement 6 % des individus de 15 à 64 ans) ont fumé du cannabis au cours des douze derniers mois.
- La consommation est plus élevée dans les tranches d'âge plus jeunes. Au total, 25 % environ des 15-16 ans et 40 % des jeunes de 18 ans ont essayé le cannabis. La consommation a doublé dans certains pays depuis 1990, la hausse est moins marquée dans d'autres, et, dans certains cas, la consommation s'est stabilisée.
- La « curiosité » est la principale raison avancée pour avoir essayé le cannabis, et la consommation en est plus expérimentale et passagère que durable.
- L'augmentation, remarquée l'an dernier, du nombre de personnes qui fréquentent des centres de traitement pour consommation de cannabis, mais également pour d'autres drogues, se confirme surtout chez les plus jeunes.
- Le cannabis reste la première drogue cause de délits, davantage pour consommation ou possession que pour trafic. Le nombre de saisies a nettement augmenté depuis 1997.

### Amphétamines et ecstasy

Les amphétamines et l'ecstasy viennent au second rang des drogues les plus communément consommées en Europe. Après une hausse dans les années 90, la consommation d'ecstasy semble se stabiliser ou même diminuer, alors que celle d'amphétamines demeure stable ou augmente.

- De 1 à 5 % des individus âgés de 16 à 34 ans ont pris des amphétamines et/ou de l'ecstasy. Les pourcentages sont plus élevés dans des fourchettes d'âge plus restreintes, mais dépassent rarement 10 %.
- La proportion de patients en demande de traitement pour usage d'amphétamines ou d'un autre stimulant est faible, mais en augmentation dans certains pays.
- La consommation de drogues continue de se déplacer des grandes soirées dansantes vers des clubs, des bars et des cadres privés plus dispersés géographiquement.
- On observe un plus large éventail de drogues et de types de consommation, selon les groupes sociaux et les styles de vie.
- Tant le nombre de saisies d'amphétamines que les quantités se sont stabilisés en 1998. En ce qui concerne l'ecstasy, le nombre de saisies est resté constant depuis 1997, bien que les quantités fluctuent.

### Cocaïne

Bien que la cocaïne soit moins largement consommée que les amphétamines ou l'ecstasy, son usage augmente — en particulier au sein des groupes socialement actifs — et s'étend à une population plus large.

- De 1 à 6 % des individus âgés de 16 à 34 ans et de 1 à 2 % des adolescents ont expérimenté la cocaïne au

moins une fois, bien que certaines études révèlent un niveau atteignant 4 % chez les 15-16 ans.

- On note des niveaux plus élevés de consommation chez de jeunes adultes des centres urbains, ayant un emploi et une vie sociale active et ouverte.
- La cocaïne est plutôt consommée de façon expérimentale ou intermittente, en général inhalée sous forme de poudre.
- De nombreux toxicomanes soignés pour consommation d'héroïne prennent aussi de la cocaïne, soit sous forme intraveineuse, soit fumée sous forme de «crack».
- La consommation de «crack» pose de graves problèmes, en particulier parmi les prostituées.
- La proportion de patients en demande de traitement pour consommation de cocaïne est en augmentation dans de nombreux pays. On ignore s'il existe un lien avec la consommation d'héroïne ou si l'habitude dérive d'un usage intense d'autres drogues à des fins récréatives.
- Le nombre de saisies de cocaïne a continué d'augmenter en 1998 avec des quantités variables.

### Héroïne

L'héroïnomanie reste stable en général. Les consommateurs répertoriés constituent une population largement vieillissante, présentant de sérieux problèmes médicaux, sociaux et psychiatriques, bien que certaines indications révèlent une consommation d'héroïne parmi des groupes plus jeunes.

- La consommation générale d'héroïne demeure faible (1 à 2 % des jeunes adultes), et des études en milieu scolaire indiquent que les élèves sont extrêmement prudents en ce qui la concerne.
- Certains pays font état de preuves sporadiques d'une recrudescence du nombre de jeunes fumant de l'héroïne, et certaines études en milieu scolaire signalent davantage d'expériences de ce type.
- La prise d'héroïne a été signalée chez des jeunes consommant de grandes quantités d'amphétamines, d'ecstasy et d'autres drogues, à des fins récréatives. D'autres groupes à haut risque comprennent les minorités marginalisées, les jeunes sans-abri, les jeunes de l'Assistance publique et les jeunes délinquants ainsi que les prisonniers (les femmes en particulier) et les prostituées.

- Les nouveaux patients qui entament un traitement pour consommation d'héroïne ont davantage tendance à fumer la drogue plutôt qu'à se l'injecter, à l'inverse des patients qui recommencent un traitement.
- Le nombre de saisies d'héroïne et les quantités correspondantes sont stables dans l'Union européenne, malgré des variations d'un pays à l'autre.

### Polytoxicomanie

Les modèles de consommation de drogues durant les week-ends ou à des fins récréatives impliquent de plus en plus la combinaison de drogues licites et illicites, y compris l'alcool et les tranquillisants.

- Des études sur la «vie nocturne» révèlent une polytoxicomanie chez une minorité de jeunes gens.
- La consommation de drogues synthétiques telles que la kétamine et le gammahydroxybutyrate (GHB) a été enregistrée, mais elle est beaucoup moins répandue que l'usage d'amphétamines ou d'ecstasy.
- La hausse de la consommation de cocaïne, souvent accompagnée d'une forte consommation d'alcool, est plus significative.
- L'usage de substances volatiles (essence à briquet, aérosols, colle) est souvent plus répandu parmi les adolescents que la consommation d'amphétamines et d'ecstasy et augmente dans certains pays.

### Consommation problématique de drogues et demande de traitement

Les modèles de consommation problématique de drogues — souvent qualifiés de «dépendance», en particulier pour l'héroïne — évoluent dans les pays de l'Union européenne. De nouvelles tendances émergent, comprenant outre la dépendance à l'héroïne, la consommation problématique de cocaïne (souvent associée à celle d'alcool), la polytoxicomanie portant sur des drogues telles que les amphétamines, l'ecstasy et les médicaments ainsi que sur une très forte consommation de cannabis.

- L'Union européenne compte un total d'utilisateurs à problème estimé à 1,5 million — essentiellement pour l'héroïne — (entre 2 et 7 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans). Au total, 1 million d'entre eux sont susceptibles de satisfaire les critères cliniques de dépendance.
- La proportion de patients inscrits en traitement pour consommation d'héroïne est en baisse dans l'ensemble,

## Tendances générales

mais le nombre d'admissions pour consommation de cocaïne ou de cannabis augmente légèrement — surtout chez les jeunes.

### Décès liés à la drogue

Le nombre de décès directement liés à la drogue (surdoses ou empoisonnements) s'est stabilisé dans l'Union européenne après une hausse marquée dans la seconde moitié des années 80 et au début des années 90. Les tendances varient cependant selon les pays.

- La baisse ou la stabilité des taux peut être due à une prévalence stable ou en baisse de l'héroïne, à une consommation «plus sûre» ou à un meilleur accès aux traitements, en particulier aux programmes de substitution.
- Certains pays, dont le nombre de décès directement liés à la prise de drogues («surdose») était faible, font état de hausses marquées ces dernières années. Cela peut refléter une prévalence accrue de la consommation à problème mais également des méthodes de collecte de données plus efficaces.
- Dans d'autres pays, la hausse du nombre de décès par intoxication aiguë est moins brusque mais régulière.
- Le nombre de cas de décès directement liés à la drogue est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ce qui reflète une prévalence de la consommation à problème chez les hommes.
- La plupart des cas de décès par intoxication aiguë sont liés à la prise d'opiacés, souvent combinés à de l'alcool ou à des tranquillisants. Certains pays font état d'un nombre important de décès d'adolescents dus à l'absorption de substances volatiles. Les décès résultant de la prise de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy sont rares.
- Le taux annuel global de mortalité chez les toxicomanes a baissé dans certains pays, après une hausse de plusieurs années. Cette tendance reflète une chute des décès dus à des surdoses et au sida et indique qu'il est possible d'empêcher certains cas de décès liés à la drogue.

### Maladies infectieuses liées à la drogue

L'infection par le VIH et les hépatites B et C présente un taux de prévalence relativement stable chez les toxicomanes par voie intraveineuse (TVI), malgré quelques augmentations locales notées pour des infections par

VIH.

- L'incidence de nouveaux cas de sida varie considérablement selon les pays mais la tendance générale est à la baisse, probablement du fait des nouveaux traitements qui retardent la déclaration de la maladie.
- La prévalence de l'hépatite C est élevée parmi les TVI — entre 50 et 90 % — même dans les pays à faible taux d'infection au VIH.
- Les tendances concernant l'hépatite B sont difficiles à cerner car la présence d'anticorps peut indiquer une vaccination plutôt qu'une infection.
- Les comportements à risque susceptibles de transmettre une infection sont préoccupants. Les groupes à haut risque comprennent: les jeunes consommateurs de drogues par injections, n'ayant pas suivi de campagnes d'éducation; les femmes, qui ont davantage tendance à échanger leur seringue que les hommes; les consommateurs d'héroïne par injections prenant aussi de la cocaïne; les détenus toxicomanes.

### Autres formes de morbidité

Les éventuels dommages nerveux dus à la prise d'importantes quantités d'ecstasy constituent un sujet de préoccupation.

- Un nombre croissant d'études, portant aussi bien sur les animaux que sur les hommes, suggère que l'exposition chronique à l'ecstasy peut entraîner des changements fonctionnels et morphologiques dans les parties du cerveau qui contrôlent des fonctions physiologiques et psychologiques telles que le sommeil, l'appétit, l'humeur, l'agressivité et la cognition.
- Certaines études font état de légères dégradations des fonctions cognitives chez les gros consommateurs d'ecstasy, mais la littérature scientifique n'est pas unanime quant aux autres fonctions. D'autres questions telles que les doses «dangereuses», la fréquence d'utilisation et l'irréversibilité des dommages demeurent ouvertes.
- La consommation de GHB — qui, à faibles doses, fait baisser la tension mais qui, à des doses à peine plus élevées, peut causer des intoxications potentiellement fatales, surtout en conjonction avec de l'alcool et d'autres sédatifs — est également un sujet de préoccupation.

## Tendances en matière de réponse à la consommation de drogues

### Développements politiques et stratégiques

De nouvelles stratégies contre la drogue ont été adoptées par l'Espagne, la France, le Portugal et le Royaume-Uni ainsi que par l'Union européenne elle-même.

- Les politiques nationales en matière de drogue s'orientent vers une approche plus équilibrée, en s'efforçant de mettre davantage l'accent sur la réduction de la demande relative à la réduction de l'offre.
- Le problème de la drogue est de plus en plus considéré dans un contexte social plus large. Les objectifs communs sont la prévention et la réduction des dommages et de la criminalité liés à la drogue.
- Ces stratégies reposent sur des preuves scientifiques précises, des objectifs clairs, des indicateurs mesurables en matière de performance et d'évaluation.
- La dépénalisation des infractions liées à l'usage de la drogue se répand de plus en plus. Selon un consensus qui se dégage, les toxicomanes ne devraient pas être emprisonnés pour leur dépendance et des alternatives légales sont de plus en plus mises en œuvre.

### Prévention

La prévention en matière de drogue, en milieu scolaire, dans les lieux de détente et parmi les groupes à haut risque, est une priorité dans tous les États membres de l'Union européenne.

- Les programmes scolaires de prévention de la drogue combinent l'information des élèves et l'acquisition d'un savoir-vivre tel que l'affirmation de soi. L'approche par groupes de «pairs» implique activement les jeunes dans la mise en œuvre d'activités de prévention dans leur établissement scolaire.
- Des formations spécifiques et des recommandations destinées aux enseignants ainsi que des initiatives ciblant les parents sont de plus en plus développées.
- Internet est de plus en plus utilisé en tant qu'outil éducatif aussi bien pour les élèves et les enseignants que pour les parents.
- Des formations de prévention antidrogue pour les éducateurs ainsi que pour le personnel des discothèques et des bars ont été créées dans certains pays.

- La prévention de l'usage de drogues synthétiques devient plus professionnelle, combinant l'information, le travail de proximité, le conseil et parfois le test des pilules.
- Des politiques intersectorielles locales sont mises en place pour les jeunes afin de satisfaire les besoins des groupes à haut risque.
- Un besoin urgent se fait sentir pour une méthodologie permettant d'évaluer le travail de proximité avec les groupes à haut risque, et l'OEDT élabore actuellement des directives en vue de combler cette lacune.

### Réduction des conséquences néfastes de la consommation de drogues

La réduction des conséquences néfastes de la consommation de drogues est l'élément clé des stratégies antidrogue de nombreux États membres.

- Les programmes d'échange de seringues se développent dans toute l'UE et s'accompagnent d'une intensification des activités visant à resensibiliser la population sur les risques liés aux injections.
- Le travail de proximité ainsi que les services à bas seuil prennent de l'importance et viennent compléter l'action des centres conventionnels de traitement.
- Des salles d'injection, dans lesquelles les drogues peuvent être consommées dans de bonnes conditions d'hygiène et de contrôle, font toujours l'objet de controverses, et une étude financée par la Commission européenne est en cours pour évaluer leur efficacité.

### Traitement

Divers modèles sont mis en œuvre à travers l'UE pour répondre au nombre croissant de demandeurs de traitement pour consommation de drogues et à leurs différents besoins.

- La coopération s'est intensifiée entre les services sociaux et de la jeunesse et les services conventionnels antidrogue, souvent incapables de faire face seuls aux nouveaux modèles de consommation de drogues et aux nouveaux groupes cibles.
- Il existe à travers l'UE des services spécialisés pour les femmes, notamment pour les femmes enceintes, les femmes ayant des enfants et les prostituées.

## Tendances générales

- Les services de santé publique et les établissements psychiatriques participent de plus en plus au traitement des polytoxicomanes.
- Les traitements de substitution se développent — y compris en prison — tant pour le nombre de personnes traitées que pour les substances utilisées.
- On prend de plus en plus conscience que les consommateurs de drogues ayant terminé un traitement ou sortant de prison — ou les personnes suivant un traitement de substitution à long terme — nécessitent un suivi de posttraitement approprié.
- Un pourcentage élevé de la population carcérale est constitué de toxicomanes, et de plus en plus de traitements leur sont fournis pour éviter la rechute dans la consommation illégale de drogue et la criminalité.



# Prévalence et modèles de consommation de drogues

Ce chapitre présente une vue d'ensemble de la prévalence, des modèles et des conséquences de la consommation de drogues dans l'UE, à partir d'études, de statistiques habituelles et d'autres recherches. L'accent est mis sur les données nationales, ce qui peut masquer certains phénomènes locaux ou émergents.

## Prévalence de l'usage de drogues

### Usage de drogues dans la population en général

Des études nationales sur la consommation de drogues dans l'ensemble de la population ont été entreprises dans les années 90 dans onze États membres. Ces études fournissent des informations utiles sur des substances telles que le cannabis, dont l'usage est relativement banal et peu stigmatisé, mais sont moins fiables pour des modèles de consommation plus secrets tels que l'injection d'héroïne.

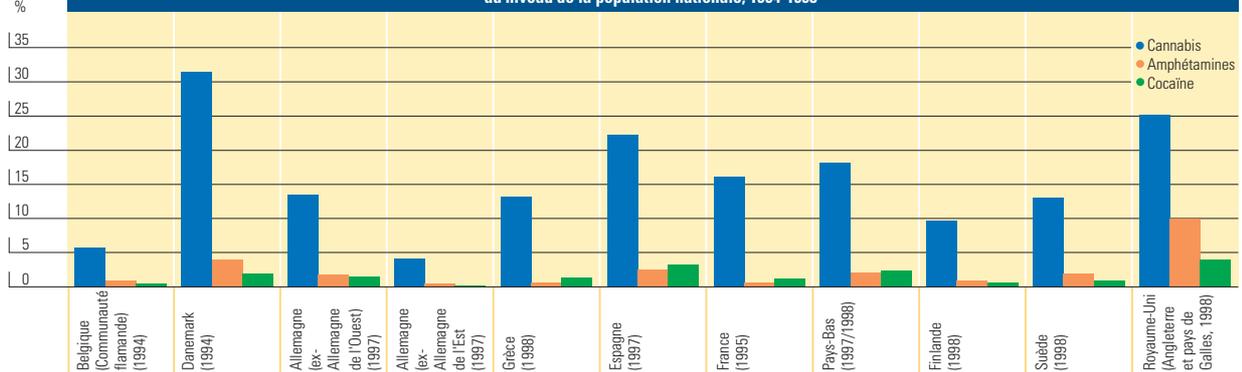
Les comparaisons directes entre niveaux de consommation dans les États membres doivent être faites avec prudence, surtout lorsque les variations sont faibles. Les différences sociales (telles que le degré d'urbanisation) ou

des facteurs culturels (y compris les attitudes face aux drogues) peuvent avoir une influence considérable, même lorsque les méthodes d'étude sont similaires.

### Modèles de consommation de drogues

Le cannabis est la substance la plus utilisée dans l'UE. Chez les adultes, l'usage au cours de la vie (toute consommation durant la vie d'un individu) varie entre 10 % en Finlande à 20 ou 30% au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni (voir graphique 1). Les amphétamines sont en général consommées par 1 à 4 % des adultes, mais jusqu'à 10 % au Royaume-Uni. L'ecstasy a été expérimentée par 0,5 à 4 % des adultes européens et la cocaïne par 0,5 à 3 % d'entre eux. L'expérience de l'héroïne est plus difficile à apprécier car sa consommation est moins répandue et plus cachée, mais elle concerne généralement moins de 1 % des adultes.

**Graphique 1** Consommation au cours de la vie du cannabis, des amphétamines et de la cocaïne parmi les adultes dans certains pays de l'UE, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale, 1994-1998

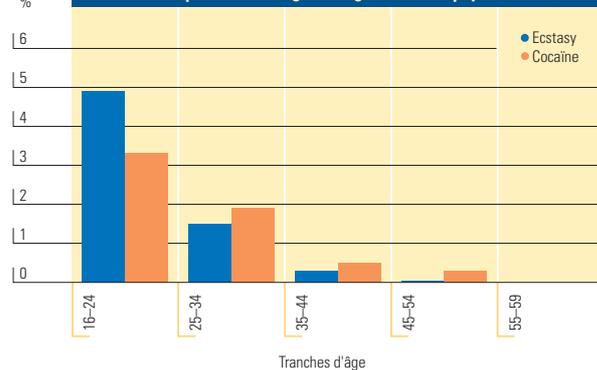


**Le cannabis est la drogue illicite la plus couramment consommée dans l'UE.**

*NB:* Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Les tranches d'âge vont de 15 et 18 ans à 59 et 69 ans. Les variations dans les tranches d'âge sont susceptibles d'influencer les disparités entre les pays.  
Sources: Rapports nationaux du Reitox 1999, extraits de rapports d'enquêtes de population ou d'articles de journaux scientifiques.

L'usage illicite de drogues est davantage concentré parmi les jeunes adultes âgés de 16 ou 18 ans à 34 ou 39 ans, avec des taux atteignant ou dépassant le double de ceux de l'ensemble de la population adulte (voir graphique 2). En Finlande et en Suède, 16 à 17 % des jeunes adultes ont consommé du cannabis, alors que, au Danemark et au Royaume-Uni, ce chiffre avoisine les 40 %. De 1 à 5 % des jeunes adultes ont expérimenté les amphétamines et l'ecstasy, alors que les chiffres sont respectivement de 16 % et de 8 % pour le Royaume-Uni. Au total, 1 à 6 % des jeunes adultes européens ont consommé de la cocaïne.

**Graphique 2** 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



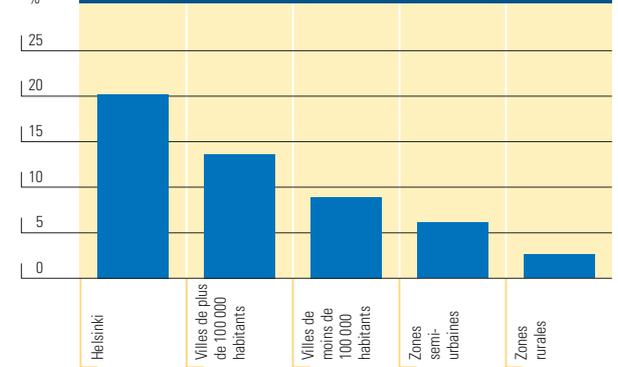
**La consommation d'ecstasy et de cocaïne est un phénomène de jeunesse qui diminue avec l'âge.**

Source: Rapport national du Royaume-Uni 1999, extrait de Ramsay, M., et Partridge, S., Drug misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey («Abus de drogue déclaré en 1998: résultats de l'enquête britannique sur le crime») (Londres, Home Office, 1999).

Les données disponibles pour certains pays révèlent une consommation de drogues bien supérieure en milieu urbain, ce qui n'exclut pas une diffusion en milieu rural (voir graphique 3). Les différences entre les chiffres nationaux peuvent dépendre largement de la proportion relative des populations rurale et urbaine du pays — les

pays plus urbanisés tendant à présenter un chiffre global plus élevé de consommateurs de drogues au niveau national.

**Graphique 3** Consommation au cours de la vie de cannabis parmi les adultes en Finlande par niveau d'urbanisation, 1998



**L'utilisation illicite de drogues est plus élevée dans les zones urbaines.**

Source: Rapport national finlandais 1999, extrait de Partanen, J., et Metso, L., «Suomen toinen huumeaalto» («la deuxième vague de drogue finlandaise»), Yhteiskuntapolitiikka, (2), 1999.

L'expérience 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 essayé de la drogue un jour, fût-ce une seule fois ou il y a longtemps. La consommation durant l'année précédente (prévalence sur les douze derniers mois) est un indicateur plus précis de la consommation récente (voir graphique 4).

La consommation de cannabis sur les douze derniers mois touche 1 à 9 % des adultes européens et de 2 à 20 % (essentiellement moins de 10 %) des jeunes adultes. L'usage d'autres substances illicites dépasse rarement 1 % des adultes et se situe à moins de 3 % pour les jeunes adultes.

**Graphique 4** Prévalence de la consommation de cannabis tout au long de la vie et sur les douze derniers mois parmi les adultes dans certains pays de l'UE, mesurée à l'aide d'enquêtes au niveau de la population nationale, 1994-1998

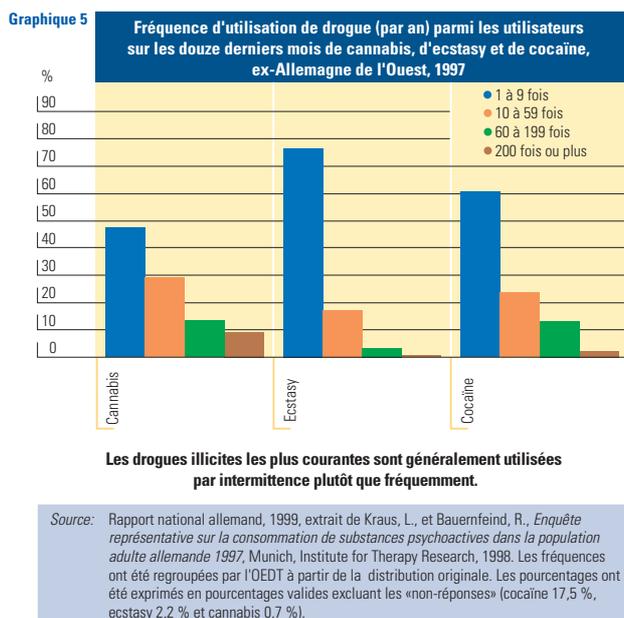


**La consommation récente de drogue est nettement plus faible que celle qui est pratiquée tout au long de la vie.**

NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Les tranches d'âge vont de 15 et 18 ans à 59 et 69 ans. Les variations dans les tranches d'âge peuvent influencer les disparités entre pays.  
Sources: Rapports nationaux du Reitox 1999, extraits de rapports d'enquêtes ou d'articles de journaux scientifiques.

## Prévalence et modèles de consommation de drogues

Certaines études indiquent que la plupart de ceux qui ont pris des drogues récemment avaient tendance à le faire occasionnellement (voir graphique 5).



lence initiale était supérieure (par exemple au Danemark, en Allemagne et au Royaume-Uni).

L'expérience au cours de la vie en augmentation pour le cannabis n'implique pas forcément une hausse proportionnelle en usage récent (voir graphique 6). La prévalence sur les douze derniers mois a bien moins augmenté, en général, que l'expérience au cours de la vie, ce qui veut dire que les hausses enregistrées correspondent essentiellement à un usage occasionnel et que la plupart des expérimentateurs ne semblent pas verser dans la consommation à long terme.

Les tendances de consommation d'autres substances sont plus difficiles à cerner car la prévalence est plus basse. Des évolutions bien documentées, telles que l'extension de l'usage récent d'ecstasy parmi des groupes de jeunes, sont diluées dans des chiffres couvrant l'ensemble de la population. La consommation d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne a augmenté modérément — mais pas régulièrement — dans certains pays, pour l'ensemble des années 90, avec une consommation plus marquée d'ecstasy que d'amphétamines ou de cocaïne chez les jeunes adultes en général.

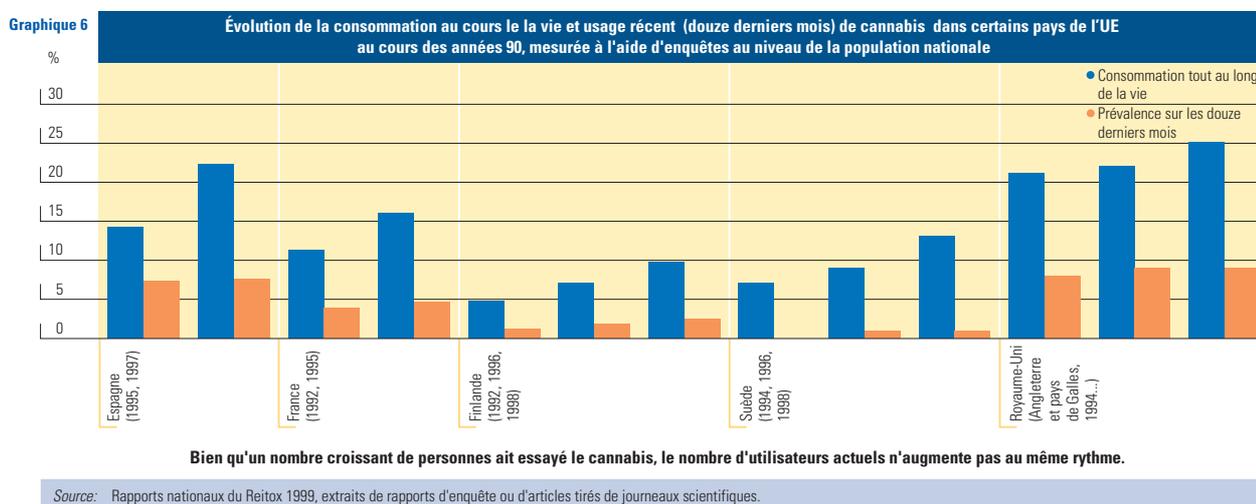
### Évolution dans la consommation de drogues

Bien que certains pays aient effectué plusieurs études de population dans les années 90, seuls l'Allemagne, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni ont procédé à des séries d'études comparables.

Durant cette décennie, l'expérience du cannabis au cours de la vie a augmenté dans la plupart des pays et les niveaux semblent s'équilibrer. Dans les pays où la prévalence était faible au début de la décennie (en Grèce, en Finlande et en Suède par exemple), la hausse a été proportionnellement plus élevée que lorsque la préva-

### Usage de drogues dans la population scolaire

La plupart des pays ont conduit des études en milieu scolaire au cours des années 90, souvent dans le cadre du projet européen d'enquêtes scolaires sur l'alcool et d'autres drogues (ESPAD). Ces études menées en 1995, puis en 1999, se concentraient sur les expériences de prise de drogues au cours de la vie chez les 15-16 ans, mais il convient d'être prudent pour toute comparaison directe (1). Comme pour les adultes, les taux de prévalence au cours de la vie comprennent l'expérimentation.

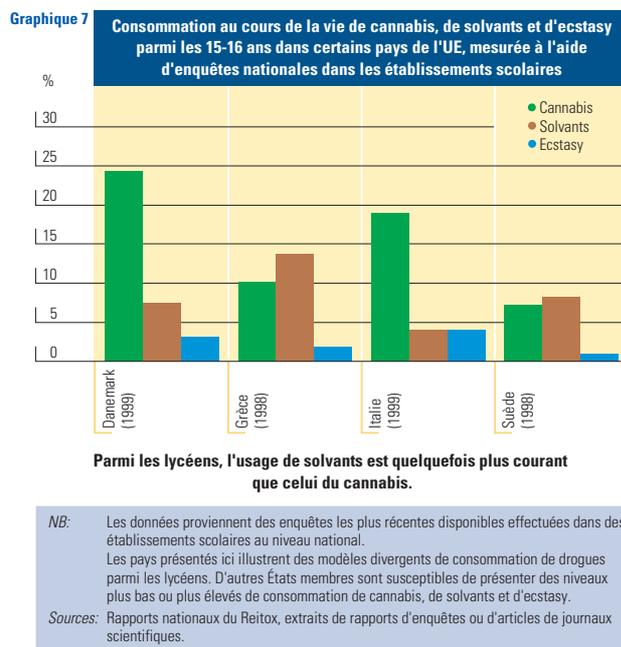


(1) Tous les chiffres de ce rapport concernant les lycéens se rapportent aux 15-16 ans, pour assurer la comparabilité avec les enquêtes de l'ESPAD. Les résultats de l'étude de 1999 ne sont pas encore entièrement disponibles.

Outre les variations méthodologiques et contextuelles, de faibles disparités d'âge au sein de ces groupes ont un impact majeur sur les chiffres.

## Modèles de consommation de drogues

Le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée par les lycéens. Les expériences au cours de la vie varient de 5 à 7 % au Portugal et en Suède à 30 à 40 % en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans certains pays cependant, l'usage des solvants est plus répandu dans cette tranche d'âge (voir graphique 7).



Des expériences d'usage d'amphétamines sont rapportées par 1 à 7 % des lycéens et d'ecstasy par 2 à 8 % d'entre eux, les chiffres se situant entre 1 et 4 % pour la cocaïne. Certaines études menées au Royaume-Uni indiquent des niveaux plus élevés pour les amphétamines et l'ecstasy.

## Évolution dans la consommation de drogues

L'expérience de consommation de cannabis au cours de la vie chez les adolescents a beaucoup augmenté dans les années 90 dans presque tous les pays de l'UE. Bien que l'usage de solvants, d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne marque également une hausse, leur prévalence demeure beaucoup plus faible que celle du cannabis.

## Estimations nationales de consommation problématique de drogues

### Méthodologie et définitions

La «consommation problématique de drogues» est définie ici comme «toxicomanie par voie intraveineuse

ou usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines». Cette définition opérationnelle exclut l'ecstasy, le cannabis ou toute consommation ponctuelle de quelque drogue que ce soit. Les estimations nationales concernent les années 1996 à 1998, sauf pour l'Autriche (1995) et la Suède (1992), qui ne disposaient pas de données plus récentes (voir graphique 8). Les taux de prévalence ont été recalculés pour la tranche d'âge de 15 à 64 ans, ils ne sont donc pas directement comparables avec le rapport annuel de l'OEDT de 1999. Les estimations reposent essentiellement sur des modèles statistiques incorporant des indicateurs concernant la drogue et comprennent:

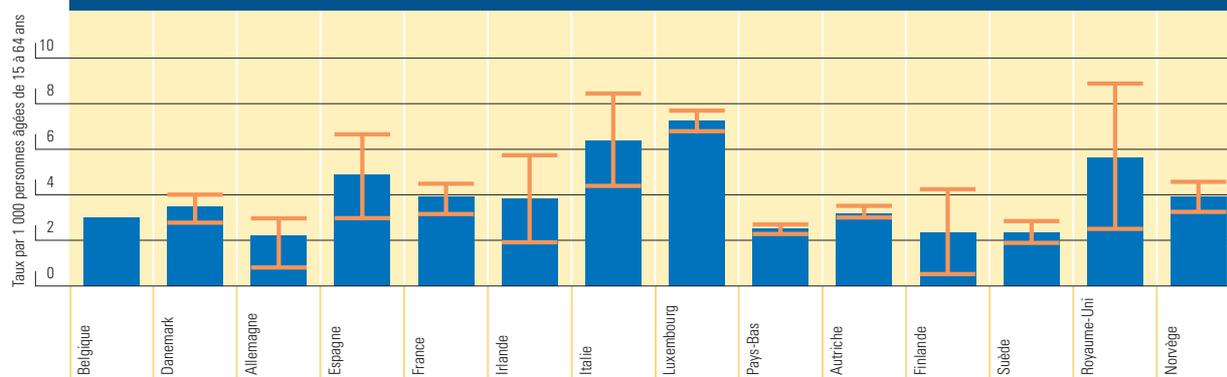
- une méthode à plusieurs variables basée sur les indicateurs;
- la collecte de statistiques à deux reprises;
- trois coefficients fondés sur des données de la police et des services de traitement et les taux de mortalité;
- une méthode à coefficients utilisant des chiffres calculés rétroactivement pour les toxicomanes par voie intraveineuse (TVI) infectés par le VIH/sida, combinés avec les taux de VIH/sida parmi les TVI.

La fourchette du graphique 8 est fondée sur les chiffres maximaux et minimaux par pays obtenus par des méthodes différentes. Les techniques ne se rapportent pas toujours au même groupe cible, par exemple le calcul rétroactif ne couvre que les TVI. Tandis que le chiffre minimal d'une fourchette définit la consommation intraveineuse des opiacés, le chiffre maximal comprend d'autres formes de consommation problématique de drogues, telles que l'usage régulier non intraveineux d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines.

L'Italie a utilisé cinq méthodes, le Danemark, l'Allemagne, la France, l'Irlande, la Finlande et le Royaume-Uni en ont utilisé trois, l'Espagne, le Luxembourg et les Pays-Bas, deux, tandis que la Belgique, l'Autriche, la Suède et la Norvège n'ont pu en appliquer qu'une. L'utilisation de plusieurs méthodes indépendantes permet une validation par recoupement d'estimations isolées, ce qui pourrait entraîner une appréciation d'ensemble plus fiable. Cependant, le fait de faire des comparaisons entre pays ne constitue pas la solution idéale car la plupart des pays n'ont pas été en mesure d'appliquer toutes les méthodes.

## Prévalence et modèles de consommation de drogues

Graphique 8 Estimations de prévalence nationale de consommation problématique de drogues dans l'UE et en Norvège, 1996-1998



La prévalence de l'usage problématique de drogues paraît être relativement similaire dans la plupart des pays.

**NB:** Toutes les estimations sont basées sur une période de douze mois entre 1996 et 1998, à l'exception de l'Autriche (1995), de l'Irlande (1995-1996) et de la Suède (1992). La Grèce et le Portugal n'ont pas pu fournir d'estimations.

Belgique: l'estimation ne comprend que les TVI et sous-estime ainsi la consommation problématique de drogues; Irlande: les données provenant de la police comprenaient 7 % de non-consommateurs d'opiacés, 10 % identifiés pour être en possession de drogues (sans nécessairement en consommer) et 5 % identifiés par des moyens non spécifiés.

Suède (1992): 1 700 à 3 350 drogués à l'héroïne; 8 900 à 12 450 autres drogués, la plupart s'injectant des amphétamines (excepté les drogués au cannabis).

Lorsqu'elles sont disponibles, les estimations correspondent aux valeurs les plus élevées et les plus faibles des calculs effectués de façon indépendante. Les différences dépendent des sources de données et des hypothèses; voir les tableaux de statistiques sur: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

Source: Projet OEDT CT.99.RTX.05, coordonné par l'Institute for Therapy Research, Munich.

### Estimations nationales de prévalence

Malgré les limitations, les taux de prévalence semblent les plus élevés en Espagne, en Italie, au Luxembourg et au Royaume-Uni (environ 5 à 7 usagers à problème pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans, avec une fourchette de 2,3 à 8,9) et les plus bas en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Autriche, en Finlande et en Suède (de 2 à 3 pour 1 000, avec une fourchette de 0,5 à 5,7). Des valeurs intermédiaires ont été enregistrées au Danemark, en Espagne, en France, en Irlande et en Norvège. Le Portugal et la Grèce n'ont pas été en mesure de fournir des estimations.

Ces taux suggèrent qu'on ne peut faire un lien direct entre la prévalence de la consommation à problème et la politique nationale en matière de drogues, les niveaux de consommation semblant similaires, souvent modérés, dans les pays, que leur politique soit plutôt libérale ou plutôt restrictive. Cependant, la politique en matière de drogues peut avoir un impact en minimisant certaines des conséquences de la consommation à problème telles que les infections et les surdoses.

Des variables démographiques telles que la structure par âge, la densité de la population et le rapport entre la population urbaine et la population rurale peuvent aussi affecter la prévalence, et des facteurs socio-économiques tels que le chômage, l'éducation ou les revenus sont en corrélation avec les niveaux de prévalence dans certaines études, mais pas toutes. Des facteurs liés à la répartition géographique tels que les itinéraires de trafic peuvent aussi avoir une influence (voir encadré p. 18).

## Conséquences de la consommation de drogues sur la santé

### Demande de traitement

Les caractéristiques des patients entreprenant un traitement, telles que la proportion d'usagers de drogues par injections ou d'opiacés, constituent des indicateurs potentiels de tendances plus vastes dans la consommation problématique de drogues. Des distorsions peuvent néanmoins apparaître telles que la surreprésentation des usagers de drogues par injections du fait d'un plus grand besoin, chez eux, de traitement ou la sous-représentation des consommateurs de cocaïne, par manque de services de traitement.

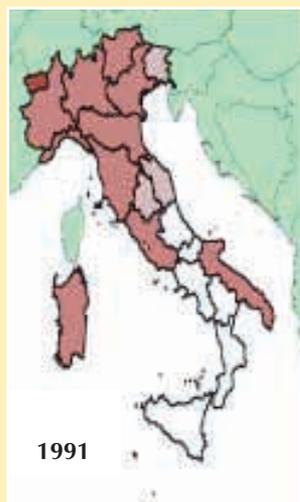
### Modèles de consommation de drogues chez les patients en traitement

Malgré des différences dans les politiques de traitement et les pratiques d'enregistrement, on observe à travers l'Europe des particularités communes et des différences qui ne peuvent être attribuées à la méthodologie.

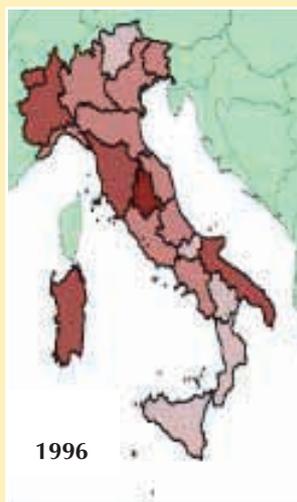
Entre 65 et 95 % des patients sont admis en traitement pour prise d'opiacés (essentiellement d'héroïne). Les chiffres ne sont inférieurs que dans la Communauté flamande de Belgique, en Finlande et en Suède.

La cocaïne est la drogue principale dans moins de 10 % des admissions en traitement, sauf en Espagne (11 %) et aux Pays-Bas (17 %). La cocaïne est souvent une drogue secondaire chez des patients traités pour consommation d'héroïne (15 à 60 % lorsqu'il existe des données disponibles).

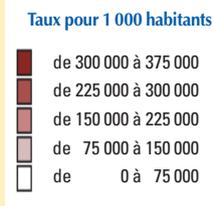
### Extension géographique de la consommation problématique d'héroïne en Italie



1991



1996



En 1996, l'épidémie s'était stabilisée et avait même diminué dans les régions à croissance rapide à l'origine. La prévalence de patients en traitement a continué d'augmenter dans d'autres régions où elle avait été basse au début des années 90.

L'extension géographique de la consommation problématique d'héroïne en Italie semble avoir suivi les principaux itinéraires de trafic (par exemple depuis les Balkans via la Grèce jusqu'à la région des Pouilles), avec une extension des grandes villes vers de petites villes en régions rurales.

L'épidémie d'héroïne a entraîné en Italie une demande croissante de traitement pour consommation problématique d'héroïne au début des années 90. Cette demande est reflétée indirectement par la prévalence de patients en traitement, ce qui indique une extension du nord au sud et des régions limitrophes vers l'intérieur.

Les amphétamines, l'ecstasy et les hallucinogènes sont la drogue principale dans moins de 1 à 2 % des admissions en traitement, bien que les chiffres concernant les amphétamines soient plus élevés dans la Communauté flamande de Belgique, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni.

Le cannabis est la drogue principale pour 10 à 15 % des admissions, ce chiffre allant jusqu'à 20 % dans la Communauté flamande de Belgique, au Danemark et en Finlande, et il apparaît souvent comme une drogue secondaire chez les patients traités pour prise d'opiacés. Les patients prenant du cannabis sont beaucoup plus jeunes que ceux qui consomment des opiacés (voir graphique 9), ce qui suggère des groupes à profil social et personnel différent.

La proportion de consommateurs de drogues par injections varie sensiblement, de 14 % des usagers d'héroïne aux Pays-Bas à 84 % en Grèce. La France, l'Italie et le Luxembourg affichent plus de 70 % d'usagers par injections chez les consommateurs d'opiacés, alors que dans les autres pays ce chiffre varie entre 30 et 60 %. Les raisons de ces différences demeurent confuses, mais pourraient inclure des traditions locales ou culturelles ou des facteurs de marché tels que la disponibilité relative d'héroïne à fumer ou à injecter.

Les patients qui entreprennent un traitement sont généralement des hommes âgés de 20 à 40 ans. L'Irlande connaît la moyenne d'âge la plus basse chez les hommes (24,3 ans) et le Danemark la plus élevée (32,5 ans).

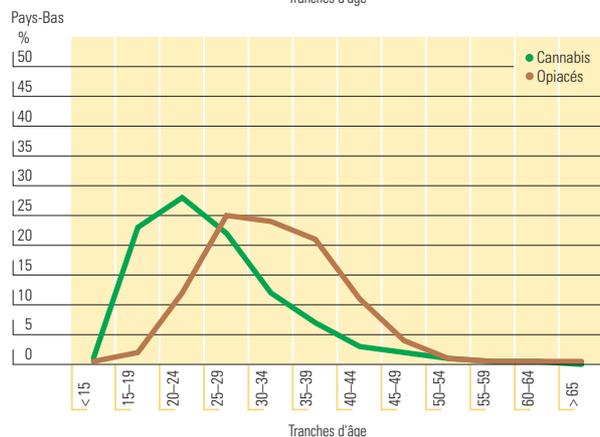
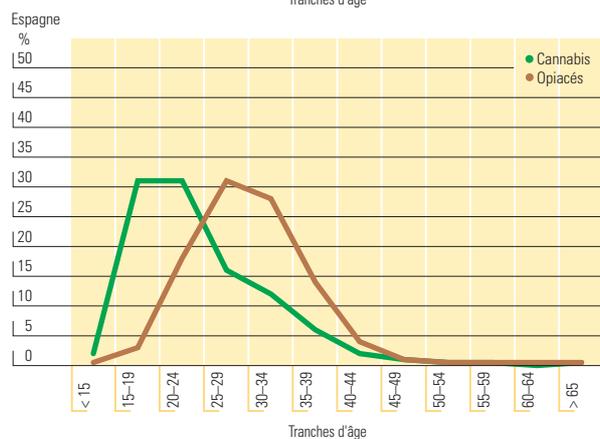
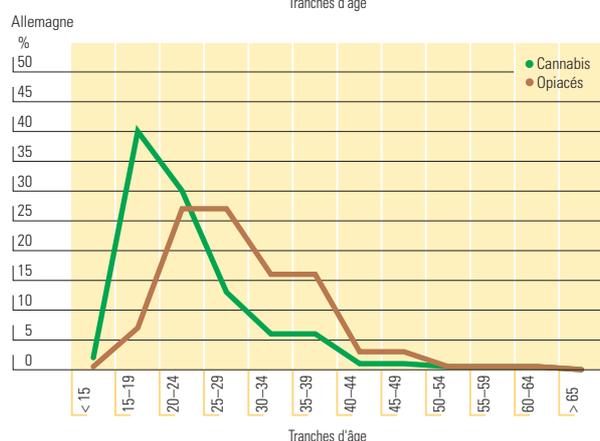
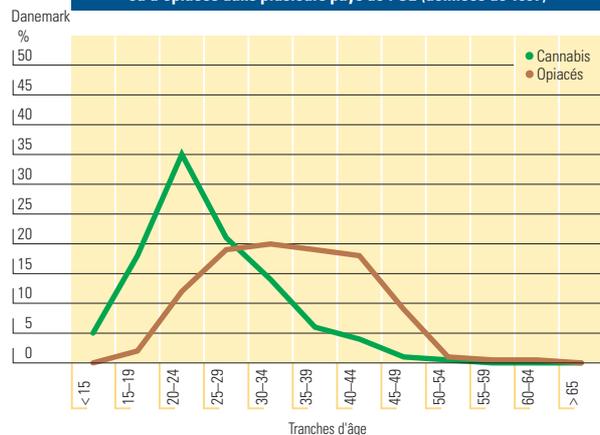
#### Évolution du profil des admissions en traitement

En dépit d'améliorations substantielles dans la collecte de données sur les traitements, peu de pays peuvent distinguer des tendances marquées. Les caractéristiques de patients novices sont donc souvent comparées à l'ensemble de la population en traitement, en vue de dégager des tendances.

De nombreux États membres rapportent une croissance modérée, ces dernières années, de la proportion de patients prenant du cannabis et de la cocaïne, parallèlement à une baisse de la proportion de cas de consommation d'opiacés (voir graphique 10). La proportion de patients consommateurs d'amphétamines est basse, elle est cependant plus élevée parmi les nouveaux patients. Tandis que ces variations peuvent indiquer une évolution réelle, l'augmentation du nombre de patients enregistrés en traitement pour usage de cannabis et de cocaïne peut refléter en partie une diminution du nombre de cas de consommation d'opiacés chez les nouveaux patients en traitement.

## Prévalence et modèles de consommation de drogues

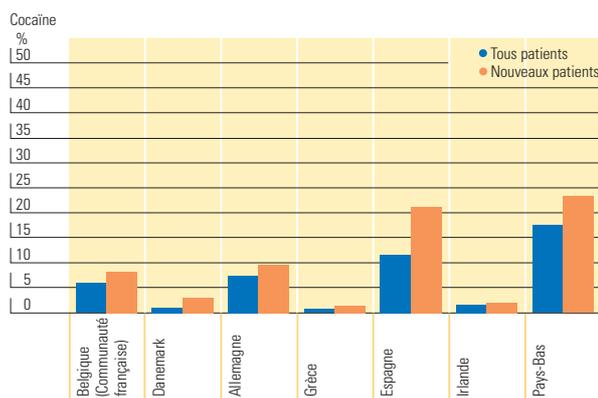
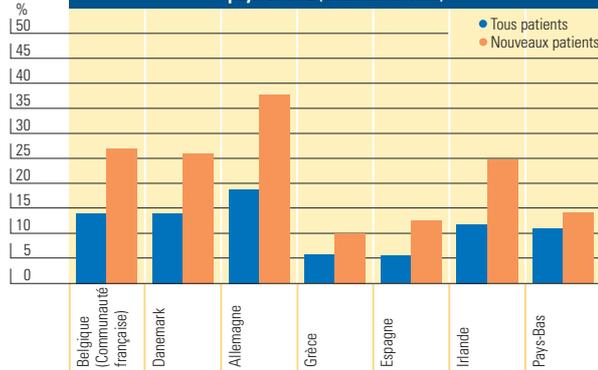
**Graphique 9** Distribution par tranches d'âge des admissions pour usage de cannabis ou d'opiacés dans plusieurs pays de l'UE (données de 1997)



S'agit-il de différentes sous-populations sous traitement?

Source: Projet OEDT CT.98.EP.10, coordonné par l'Institute for Therapy Research, Munich.

**Graphique 10** Admissions pour usage de cannabis et de cocaïne dans plusieurs pays de l'UE (données de 1998)



Un nombre croissant de patients souhaitent un traitement après usage de la cocaïne.

Source: Rapports nationaux du Reitox 1999, extraits de systèmes nationaux de rapports de traitement.

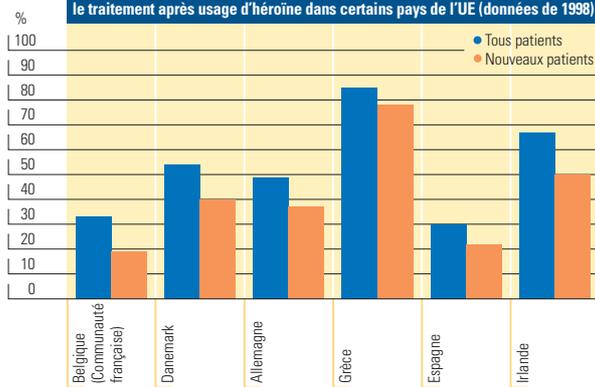
La proportion d'héroïnomanes par injections en traitement a diminué dans de nombreux pays au cours des années 90 et n'est pas en augmentation. La proportion d'utilisateurs par injections parmi les nouveaux patients traités pour prise d'héroïne est nettement inférieure à celle de l'ensemble des patients traités pour consommation d'héroïne dans tous les pays ayant des données disponibles (voir graphique 11). Les nouveaux patients ont plutôt tendance à fumer ou à inhaler l'héroïne, et une proportion importante d'utilisateurs qui ne s'injectaient pas couramment le produit avant le font maintenant. Bien que ce fait dénote un changement de modèle de consommation, certains fumeurs peuvent passer à l'injection par la suite.

## Décès liés à la drogue

### Méthodologie et définitions

La plupart des statistiques nationales relatives aux décès consécutifs à la prise de drogues concernent des cas de décès directement liés à l'administration de drogues (surdoses), bien que le Danemark, l'Allemagne, le

**Graphique 11** Proportion des consommateurs intraveineux dans les admissions pour le traitement après usage d'héroïne dans certains pays de l'UE (données de 1998)



**Le nombre de consommateurs d'héroïne par injection bénéficiant d'un traitement est en diminution.**

Source: Rapports nationaux du Reitox 1999, extraits des systèmes nationaux de rapports de traitement.

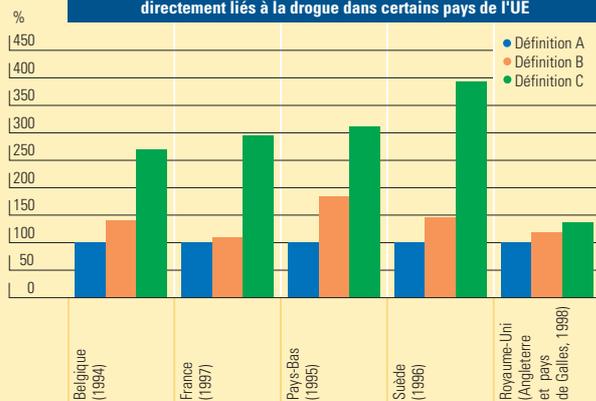
Portugal et la Suède utilisent des définitions plus larges. Les cas de décès indirectement associés à la prise de drogues (mort du sida, accidents de la circulation, violence ou suicide) donnent lieu à des estimations différentes et ne sont pas abordés ici.

La comparaison directe entre pays des statistiques concernant les cas de décès directement liés à la prise de drogues peut cependant induire en erreur à cause du manque d'harmonisation dans les définitions et les méthodologies. L'OEDT collabore avec Eurostat, l'OMS et les États membres de l'UE pour améliorer la situation (voir encadré figurant ci-dessous). Si définitions et méthodes demeurent compatibles à l'intérieur des pays, les statistiques peuvent cependant indiquer une tendance dans la durée.

### Effet des différences dans les définitions sur les estimations de décès directement liés à la drogue dans certains pays de l'UE

L'utilisation de définitions restrictives ou plus larges pour les décès directement liés à la drogue conduit à des estimations très différentes à l'intérieur d'un même pays.

**Effet des différences dans les définitions sur les estimations de décès directement liés à la drogue dans certains pays de l'UE**



**Changement indexé sur une définition restrictive (A = 100 %)**

**NB:** Les données proviennent de registres généraux de mortalité. Définition A: psychose due à la drogue, dépendance, toxicomanie sans dépendance et empoisonnement accidentel causé par la prise d'opiacés, de cocaïne, de stimulants, de cannabis ou d'hallucinogènes. Définition B: A plus empoisonnement intentionnel (suicide) ou empoisonnement avec intention indéterminée, causé par l'usage abusif des mêmes drogues. Définition C: B plus décès causés par l'usage de barbituriques, de benzodiazépines, d'autres sédatifs et d'hypnotiques.

Source: OEDT, projet CT.98.EP.11, coordonnateur: Institut Trimbos, Utrecht.

La définition A la plus restrictive a été fixée à 100 % pour chaque pays, et les définitions B et C plus vastes sont exprimées en pourcentage de A.

Les « définitions nationales » courantes de décès liés à la drogue ne correspondent cependant pas exactement aux groupes A, B ou C indiqués ici. Les définitions nationales des Pays-Bas et du Royaume-Uni, par exemple, donnent des résultats très comparables à ceux de la définition A, tandis que la définition de la Suède fournit des données de l'ordre des définitions B et C. En Suède, les cas sont définis à partir des causes de décès à la fois sous-jacentes et patentes, et non uniquement à partir des causes sous-jacentes comme dans le projet de l'OEDT. Ainsi, l'estimation « nationale » est plus élevée puisqu'elle peut inclure non seulement les cas de mort subite (surdose), mais aussi les décès indirectement liés à la drogue.

Même lorsqu'une même série de codes (A, B ou C de l'OEDT) est utilisée, les taux de population peuvent ne pas être totalement comparables du fait de différences dans les taux d'autopsie ou de l'utilisation d'informations de médecine légale dans la codification des décès.

Les définitions A, B et C ont été développées à des fins de méthodologie au sein du projet CT.98.EP.11 de l'OEDT. Elles font référence à des cas de décès dont la cause sous-jacente correspond aux codes de la classification internationale des maladies, neuvième édition (ICD-9). Les causes externes de décès (empoisonnement) ont été identifiées avec les codes de médecine légale afin d'indiquer quelle drogue était à l'origine de l'excès.

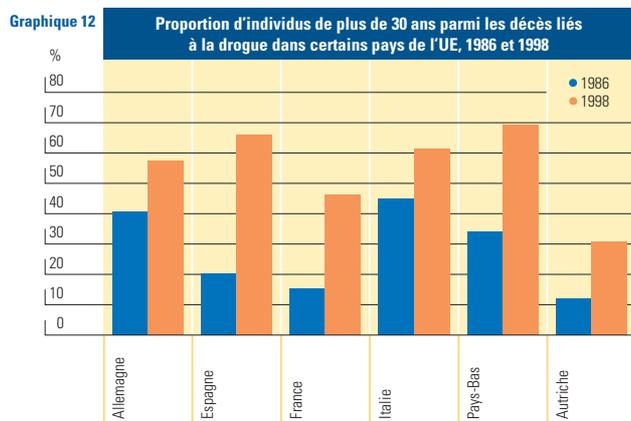
**Décès liés à la drogue, taux pour 100 000, selon les définitions A, B et C**

	A	B	C
Belgique (1994)	0,9	1,2	2,1
France (1997)	0,3	0,3	0,7
Pays-Bas (1995)	0,2	0,5	0,8
Suède (1996)	1,5	1,9	3,6
Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles — 1998)	2,2	2,7	2,9

### Particularités des décès liés à la drogue

Les opiacés sont la principale drogue en cause dans la plupart des décès liés à la drogue. La présence d'autres substances, en particulier l'alcool et les benzodiazépines, accroît le risque de décès par intoxication aux opiacés. Nombre de ces décès interviennent néanmoins jusqu'à trois heures après la prise de drogues, ce qui rend possible une intervention médicale. Les décès par intoxication aiguë dus exclusivement à la prise de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy sont peu courants, même s'ils sont très médiatisés.

La plupart des décès dus aux opiacés touchent des usagers par injections qui ont la trentaine révolue ou s'en approchent, en général après plusieurs années de consommation. 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 (voir graphique 12).



**On distingue une nette tendance après un certain âge de décès liés à la drogue.**

**NB:** Les données concernant l'Italie sont valables pour 1993 et 1998, et les données concernant l'Autriche sont valables pour 1989 et 1998. Les données concernant l'Autriche se rapportent aux drogués âgés de 35 à 64 ans, et celles concernant l'Allemagne aux drogués âgés de 30 ans et plus. Les proportions ont été calculées à partir du total des tranches d'âge plus âgées et des tranches d'âge plus jeunes.

**Source:** Rapports nationaux du Reitox 1999, extraits des registres nationaux de la mortalité ou des registres spéciaux (médecine légale ou police).

Le rôle potentiel de la méthadone dans les décès liés à la drogue a été mis en évidence dans certains pays. Des recherches montrent en effet qu'un traitement de substitution réduit le risque de décès lié à la drogue. Toutefois, depuis que la substitution par la méthadone s'est largement développée en Europe (voir chapitre 4), les examens toxicologiques de surdoses, de décès dus au sida ou d'accidents indiquent de plus en plus la présence de méthadone, indépendamment de l'existence d'une relation causale. Certaines études locales donnent à penser que les cas de décès par intoxication aiguë avec prise de méthadone pourraient provenir de méthadone thérapeutique volée ou détournée sur le marché clandestin.

### Évolution des décès liés à la drogue

De nombreux pays ont connu une hausse marquée des cas de décès directement liés à la drogue entre la fin des années 80 et le milieu des années 90. Cette hausse s'est stabilisée depuis dans l'ensemble de l'UE, mais les tendances sont encore différentes selon les pays.

- En Espagne et en France et, dans une certaine mesure, en Allemagne — bien qu'il ait récemment été fait état d'une augmentation — en Italie et en Autriche, le nombre de cas de décès par intoxication aiguë dus à la drogue s'est stabilisé ou a diminué. Cela peut correspondre aux niveaux de consommation problématique de drogues, à une diminution des injections ou à un meilleur accès aux traitements, y compris les traitements de substitution.
- Alors que le nombre de cas était limité au début des années 90, la Grèce, l'Irlande et le Portugal connaissent une hausse marquée. Ce phénomène peut être lié à l'extension de la consommation d'héroïne, mais reflète aussi de meilleures méthodes de collecte des données.
- Après l'observation d'un nombre important de cas de décès liés à la drogue au début des années 90, la hausse se poursuit en Suède, au Royaume-Uni et, dans une certaine mesure, au Danemark. Les raisons de cette tendance demandent un examen plus approfondi.

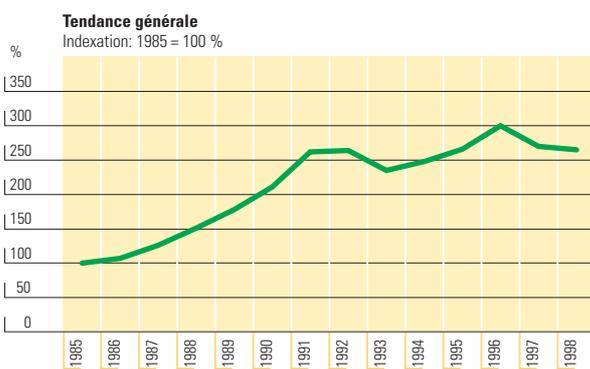
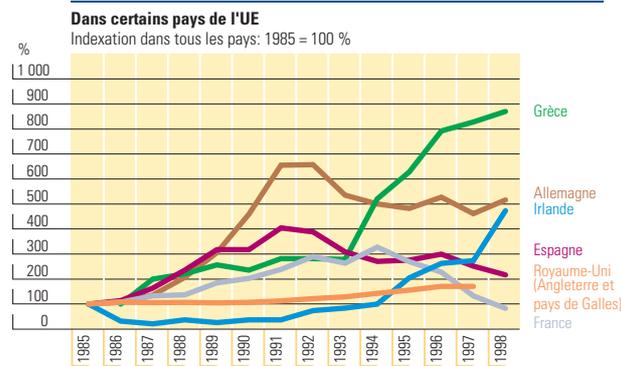
### Mortalité chez les toxicomanes

L'estimation de la mortalité et des causes de décès auprès des usagers à problème facilite la planification et l'évaluation des interventions de santé publique et vient compléter les statistiques sur la mortalité liée à la drogue. La mortalité est mesurée en suivant sur plusieurs années des groupes d'usagers à problème, en général des consommateurs d'opiacés recrutés dans les centres de traitement (études de cohortes).

Les résultats indiquent des taux de mortalité jusqu'à vingt fois plus élevés chez les consommateurs d'opiacés que dans les tranches d'âge équivalentes au sein de l'ensemble de la population. Chez les femmes, ces taux peuvent être jusqu'à trente fois supérieurs à ceux des femmes de même âge non consommatrices de drogues. Ces chiffres élevés reflètent des causes telles que des surdoses, des accidents, des suicides ou des maladies infectieuses. La mortalité des usagers par injections est deux à quatre fois plus élevée que pour les autres consommateurs de drogues, alors que celle des usagers infectés par le VIH est deux à six fois plus élevée que celle des usagers non infectés.

L'analyse de cohortes dans une étude sur différents centres coordonnée par l'OEDT révèle des différences

**Graphique 13 Tendances en matière de décès par intoxication aiguë liés à la drogue, 1985-1998**



**Les décès par intoxication aiguë liés à la drogue se sont globalement stabilisés dans l'UE, malgré des tendances divergentes dans certains pays.**

**NB:** Seuls quelques pays sont représentés ici afin d'illustrer les tendances nationales divergentes. Les variations proportionnelles pour les chiffres de 1985 sont présentées. Pour la Grèce, la série commence en 1986 afin d'éviter des distorsions. Dans certains pays présentant une tendance plus forte, un meilleur système d'établissement de rapports contribue partiellement à cette augmentation. Tous les pays n'ont pas fourni de données pour toutes les années, mais la situation a été contrôlée dans l'analyse.  
**Source:** Rapports nationaux du Reitox 1999, extraits des registres nationaux de la mortalité ou des registres spéciaux (médecine légale ou police).

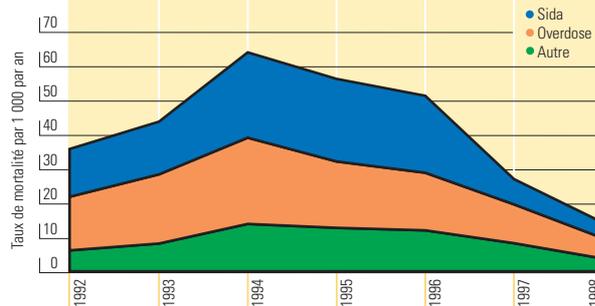
substantielles dans les taux de mortalité et les causes de décès suivant le lieu. Dans les villes où les toxicomanes affichent un taux d'infection au VIH élevé, l'impact du sida a augmenté les taux de mortalité à partir du milieu des années 80. À Barcelone (voir graphique 14), la mortalité a dépassé 50 pour 1 000 usagers par an de 1992 à 1996 avant de baisser sensiblement, ce qui reflète une chute des décès dus au sida (probablement grâce aux nouveaux traitements antirétrovirus) et, dans une moindre mesure, des décès par surdose.

## Maladies infectieuses liées à la drogue

### VIH et sida

Les différences significatives notées dans la prévalence d'infections au VIH parmi les TVI — de 1 % au Royaume-Uni à 32 % en Espagne (voir graphique 15) — ne peuvent être expliquées par des différences dans les sources et les méthodes de collecte des données.

**Graphique 14 Évolution des taux de mortalité pour causes spécifiques à Barcelone parmi une cohorte d'usagers enregistrés dans les centres de traitement, 1992-1998**

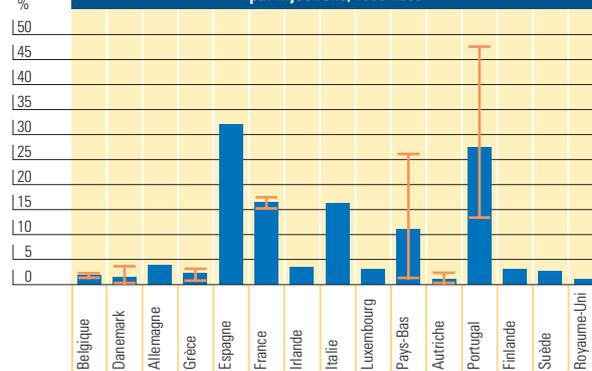


**La mortalité parmi les consommateurs problématiques de drogues varie en fonction du temps et est susceptible de diminuer.**

**NB:** Les overdoses sont définies dans cette cohorte comme des décès classifiés sous les codes E 850.0 à 859.9 de la Classification internationale des maladies neuvième édition (ICD-9).  
**Source:** Projet OEDT CT.98.EP.12, coordonné par l'Osservatorio epidemiologico Regione Lazio, Rome.

Depuis le milieu des années 90, la prévalence du VIH paraît s'être stabilisée dans la plupart des pays après une baisse sensible suivant la première grande épidémie parmi les TVI dans les années 80. Cependant, de nouvelles infections ne cessent de se produire, ce qui vient compenser la baisse de prévalence due aux décès. La prévalence est même en augmentation dans certaines régions. En Finlande, le nombre de cas de VIH parmi les TVI a nettement augmenté depuis 1998 (non présenté dans ce rapport). À la fin de 1998, la prévalence locale du VIH dans un groupe de toxicomanes (la plupart par injections) à Lisbonne était de 48 %, un taux supérieur aux études précédentes, ce qui indiquerait une transmission récente.

**Graphique 15 Prévalence d'infections au VIH parmi les usagers de drogues par injections, 1996-1999**



**Les taux d'infection au VIH montrent de grandes différences entre (et dans) les pays.**

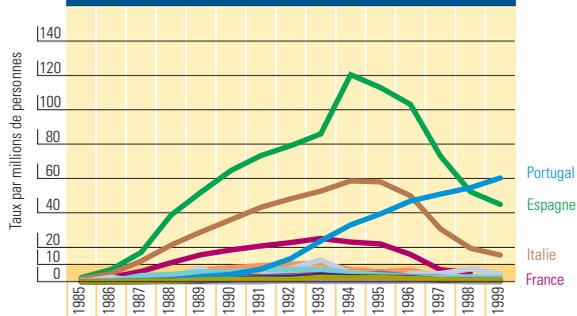
**NB:** La comparabilité est limitée car les chiffres proviennent de sources différentes et reflètent des méthodes différentes. En ce qui concerne les commentaires de nature méthodologique, voir les tableaux statistiques sur: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org). Les chiffres pour le Danemark, les Pays-Bas et la Finlande et les chiffres élevés pour l'Autriche et le Portugal sont de nature locale. Les chiffres pour l'Allemagne et l'Italie concernent les consommateurs d'opiacés sous traitement et sous-estiment la prévalence chez les TVI.  
**Sources:** En ce qui concerne les sources, voir les tableaux statistiques sur: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

L'incidence de nouveaux cas de sida varie aussi considérablement entre les pays bien que la tendance générale soit à la baisse (voir graphique 16). Ce déclin est probablement le résultat de nouveaux traitements retardant le déclenche-

## Prévalence et modèles de consommation de drogues

ment du sida. Au Portugal, la proportion de nouveaux cas de sida ne décroît pas, ce qui révèle peut-être une faible utilisation du traitement ou/et un taux supérieur d'infection par le VIH. La proportion de TVI parmi tous les cas cumulés de sida diffère beaucoup selon les pays, ce qui reflète des variations dans l'importance relative des TVI dans l'épidémie de sida.

**Graphique 16** Incidence des cas de sida liés à la drogue, 1985-1999



Les cas de sida continuent de diminuer dans les pays les plus touchés, à l'exception du Portugal.

**NB:** Les chiffres tiennent compte des retards d'établissement de rapports. Dans certains pays, il peut y avoir de petites différences entre les chiffres rapportés par le Centre européen du suivi épidémiologique du sida et les chiffres nationaux en raison des retards dans l'établissement des rapports.

**Source:** Centre européen du suivi épidémiologique du sida, Paris.

tests de dépistage du VIH et aux traitements de substitution ont permis de contrôler la transmission du VIH parmi les utilisateurs de seringues. Alors que ces mesures peuvent aussi contribuer à réduire les cas d'hépatite C parmi les usagers par injections, elles n'ont pas empêché sa propagation. La persistance des cas d'infection à l'hépatite C parmi les nouveaux TVI appelle des réponses innovantes. Un système de surveillance au niveau de l'UE est également nécessaire.

On dispose de peu de données nouvelles sur les cas d'hépatite B; elles ne sont donc pas traitées ici. La prévalence de tous les anticorps ne constitue pas une mesure satisfaisante car elle reflète les vaccinations aussi bien que les infections passées, actuelles ou chroniques. Toutefois, les nombreux TVI sans anticorps contre l'hépatite B représentent une population à risque qui pourrait bénéficier d'une vaccination. Ceux qui restent contagieux peuvent être identifiés à l'aide d'un marqueur sérologique spécial (antigène de surface de l'hépatite B). Des données sur les niveaux d'antigène de surface de l'hépatite B figureront dans les futurs rapports annuels.

### Hépatites B et C

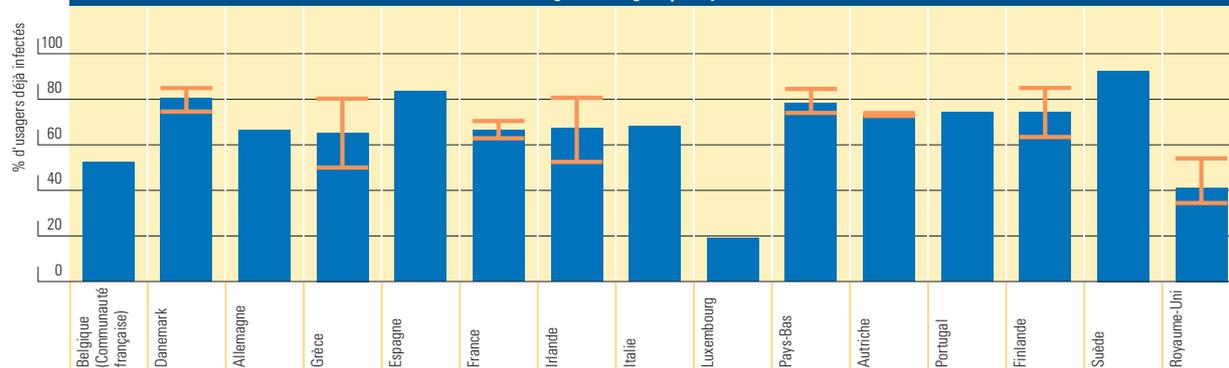
Les cas d'hépatite C chez les TVI sont plus répandus et uniformes au travers de l'UE que ceux d'hépatite B. Alors que la prévalence des anticorps de l'hépatite B se situe entre 20 et 70 %, celle de l'infection à l'hépatite C varie de 20 à plus de 90 %, même dans des pays comme la Grèce à faible taux d'infection au VIH (voir graphique 17).

Dans de nombreux pays, un meilleur accès aux aiguilles et aux seringues stériles, aux préservatifs, aux conseils, aux

### Indicateurs de répression

Les données sur la drogue émanant des sources policières reflètent des variations dans les législations nationales ainsi que dans les ressources et les priorités. Bien que des différences dans les procédures d'enregistrement et les définitions empêchent des comparaisons précises, les tendances ont été décrites dans la mesure du possible.

**Graphique 17** Prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues par injections, 1994-1999



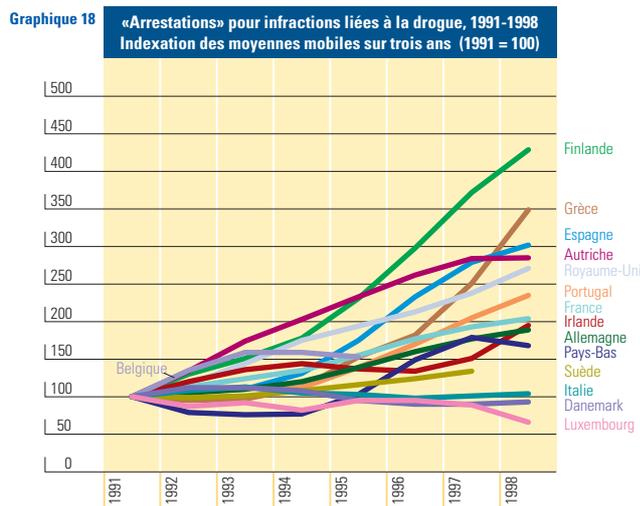
Les taux d'infection de l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues par injections sont extrêmement élevés.

**NB:** La comparabilité est limitée car les chiffres proviennent de sources différentes et reflètent différentes méthodes, et nombre d'entre eux ne sont pas d'origine nationale. Les chiffres pour le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche, le Portugal et la Finlande sont locaux. En ce qui concerne les remarques méthodologiques, voir les tableaux de statistiques sur: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

**Sources:** En ce qui concerne les sources, voir les tableaux de statistiques sur: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

### «Arrestations» pour infractions liées à la drogue

Les «arrestations» (2) pour l'ensemble des infractions liées à la drogue ont augmenté régulièrement depuis le milieu des années 80 et de façon marquée depuis 1994. La Grèce, l'Espagne, les Pays-Bas, le Portugal et la Finlande affichent la hausse la plus marquée ces dernières années, alors que les niveaux se sont stabilisés au Danemark et au Luxembourg.



Les «arrestations» pour infractions liées à la drogue augmentent dans la plupart des pays.

**NB:** Des valeurs réelles ont été entrées pour tous les pays en 1998 et pour la Suède en 1997 car les données disponibles ne permettent pas de calculer des moyennes mobiles dans ces cas.  
La série a été interrompue pour la Belgique en 1996 et en 1997 car aucune donnée n'est disponible. La valeur 1998 devrait correspondre à «193».  
Le chiffre de 1998 pour la Grèce représente le nombre d'inculpations.  
**Source:** Rapports nationaux du Reitox, 1999.

En 1998, le cannabis était le produit le plus souvent en cause lors d'«arrestations» liées à la drogue, et représentait 39 % de l'ensemble des cas en Irlande et 85 % en France. En Italie, au Luxembourg et au Portugal, 40 à 60 % des «arrestations» concernaient l'héroïne, alors que, en Suède, 55 % touchaient des amphétamines, le chiffre étant légèrement plus élevé que pour le cannabis. Aux Pays-Bas, la plupart des «arrestations» liées à la drogue concernent des drogues dites «dures» (substances autres que le cannabis).

Dans tous les pays pénalisant la possession et/ou l'usage de drogues (3), ces infractions ont prédominé en 1997 et en 1998 — de 61 % de tous les délits liés à la drogue au Portugal à 87 % en Autriche (bien que ce chiffre inclue le trafic de petites quantités). Au Luxembourg, la majorité des «arrestations» concernent l'usage et le trafic de drogue.

### Usage de drogues en prison

Les informations sur l'usage de drogues en prison ne sont pas collectées régulièrement et proviennent généralement d'études ad hoc locales. Tandis qu'une proportion élevée — jusqu'à 90 % dans certains cas — de prisonniers en détention provisoire et condamnés consomment de la drogue, le taux d'utilisateurs à problème est inférieur, de 20 à 50 % du total de la population carcérale dans la plupart des États membres.

### Usage de drogues dans les prisons

Les études font état de la consommation de drogues dans les prisons pour la plupart des pays de l'UE (4). Elles montrent que certains prisonniers commencent à consommer des drogues en prison. On assiste également au phénomène d'initiation aux techniques d'injection. Bien que l'injection semble moins fréquente à l'intérieur des prisons qu'à l'extérieur, dans certaines prisons, jusqu'à 70 % des TVI partagent leurs aiguilles ainsi que tout leur matériel d'injection.

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

Si les saisies de drogues peuvent refléter indirectement l'offre et la disponibilité des drogues, elles indiquent aussi les priorités et les stratégies de répression des infractions ainsi que la probabilité pour différentes drogues d'être saisies. Les quantités saisies (voir graphique 19) sont difficiles à analyser car elles peuvent être influencées par quelques saisies exceptionnellement importantes. Le nombre de saisies (voir graphique 20), qui inclut, dans de nombreux pays, une grande proportion de petites saisies de détail, peut indiquer plus précisément des tendances de disponibilité sur le marché intérieur. Les données concernant les saisies devraient être analysées avec d'autres indicateurs du marché tels que les prix, la pureté, la disponibilité et la structure du marché. Ces informations demeurent limitées au niveau national, d'où la difficulté de donner une représentation précise du marché de la drogue.

### Cannabis

Dans tous les pays de l'UE, à l'exception du Portugal, la majorité des saisies concernent le cannabis. Le nombre de saisies de cannabis a augmenté régulièrement depuis 1985, et plus rapidement depuis 1997. Les quantités saisies ont également augmenté — malgré une baisse en 1996 — pour atteindre un maximum de 853 tonnes en

(2) 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 accusations d'infraction à la législation sur les drogues.

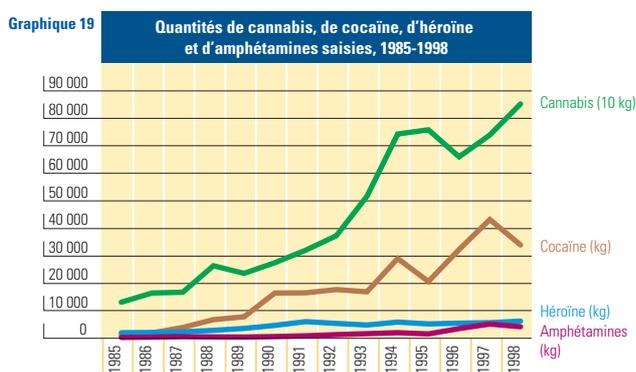
(3) Pas de données disponibles pour le Danemark ou l'Italie.

(4) Pour les sources, voir les tableaux de statistiques sur le site: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)

## Prévalence et modèles de consommation de drogues

1998. En 1998, l'Espagne demeure le pays ayant saisi la plus grosse quantité de cannabis, bien que le Royaume-Uni ait enregistré un nombre de saisies deux fois supérieur.

Les prix du cannabis sont généralement stables dans l'UE. En Allemagne, la concentration du cannabis, qui est mesurée en fonction du pourcentage de substance psychoactive, le delta 9 — tétrahydrocannabinol (THC), variait de moins de 3 à 20 % en 1998 avec un pourcentage de 6 à 9 % de THC pour près de la moitié des échantillons de haschisch analysés.



Les quantités de cannabis et de cocaïne saisies ont sensiblement augmenté au cours des années 90.

**NB:** Lorsque des données ne sont pas disponibles, les chiffres correspondent à des sous-estimations.  
Les données relatives aux saisies de cannabis en 1998 pour la Belgique ne sont pas disponibles.  
Les données relatives aux saisies d'amphétamines de 1996 à 1998 en Belgique ne sont pas disponibles, ni celles de 1998 pour l'Autriche.  
**Source:** Rapports nationaux du Reitox, 1999.

### Héroïne

Après une hausse de 1985 à 1991-1992, tant le nombre de saisies d'héroïne que les quantités concernées se sont

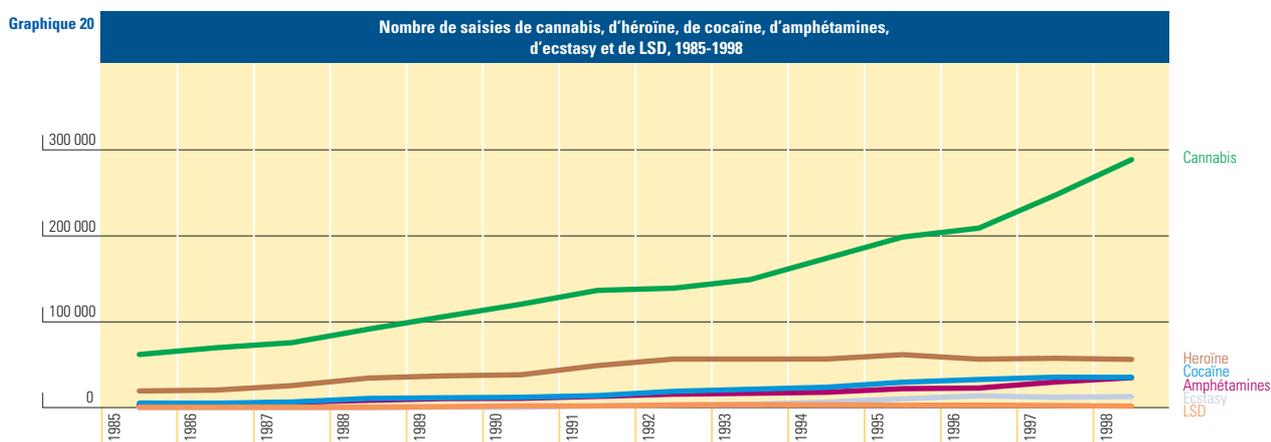
stabilisés dans l'UE avec quelques variations selon les pays. Le nombre de saisies a diminué de façon significative depuis 1995 au Danemark, en Allemagne, en France, en Italie, au Luxembourg et en Autriche, mais a augmenté en Irlande, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Les quantités d'héroïne saisies ont également fluctué avec une baisse en Allemagne, en France et en Finlande ces trois dernières années. En 1998, les quantités saisies aux Pays-Bas représentaient un tiers du total d'héroïne saisi dans l'UE, tandis que le Royaume-Uni, suivi par l'Espagne, enregistrait le plus grand nombre de saisies.

Le prix de vente de l'héroïne dans la rue reste constant en Belgique, en Irlande et au Luxembourg et se stabilise en Allemagne, après une baisse. L'Espagne et le Royaume-Uni enregistrent une plus grande disponibilité d'héroïne meilleur marché, en particulier l'héroïne brune à fumer au Royaume-Uni.

La pureté de l'héroïne varie de moins de 20 % en Allemagne et en Grèce à 35 à 40 % en Irlande et au Royaume-Uni. Le Danemark fait état d'une pureté moyenne supérieure à 60 %.

### Cocaïne

Les saisies de cocaïne ont continué d'augmenter dans l'UE en 1998 pour atteindre un total de 35 060 saisies. Cette tendance, évidente dans tous les États membres, est spécialement marquée en Espagne, en Irlande et au Royaume-Uni. Les quantités saisies fluctuent, avec une tendance générale à la hausse. Par rapport à 1997, la quantité totale de cocaïne saisie dans l'UE en 1998 a baissé de 21 % pour totaliser 34 tonnes, reflétant essentiellement une baisse en Espagne et au Portugal. Les plus



Le cannabis est la drogue la plus fréquemment saisie, suivie par l'héroïne.

**NB:** Les données ne sont pas disponibles pour la Grèce; elles ne sont disponibles qu'à partir de 1988 pour le Danemark et le Portugal à partir de 1997 pour les Pays-Bas et à partir de 1993 à 1996 pour la Finlande.  
Les données sur les saisies d'amphétamines ne sont pas disponibles à partir de 1996 pour la Belgique et pour 1998 pour les Pays-Bas et l'Autriche.  
La plupart des séries de données pour les saisies d'ecstasy débutent au début des années 90 à l'exception de l'Espagne, de la France, de l'Italie et du Royaume-Uni. Les données ne sont pas disponibles pour 1996 et 1997 pour la Belgique, et pour 1998 pour les Pays-Bas; les données 1998 pour la Belgique comprennent les amphétamines. Le nombre de saisies d'ecstasy est surestimé de 1985 à 1994 car les saisies de LSD sont également comprises dans les chiffres relatifs à l'Espagne.  
Les données concernant les saisies de LSD ne sont pas disponibles pour 1998 pour les Pays-Bas et la Finlande.  
**Sources:** Rapports nationaux du Reitox, 1999.

grosses quantités saisies en 1998 concernent l'Espagne et les Pays-Bas.

Le prix de la cocaïne est généralement stable dans l'UE mais baisse en Allemagne et au Royaume-Uni. Le degré de pureté au détail est compris entre 50 et 60 %, sauf en Grèce (5 à 10 %) et en Irlande avec 38 % en 1998.

### **Amphétamines, ecstasy et LSD**

Après une augmentation régulière depuis le milieu des années 80, le nombre de saisies d'amphétamines dans l'UE s'est stabilisé en 1998 autour de 35 000 saisies, plus de la moitié concernant le Royaume-Uni. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni signalent les plus grosses quantités d'amphétamines saisies, mais une baisse de 45 % des quantités découvertes au Royaume-Uni en 1998 a entraîné une diminution de 19 % sur le total de l'UE, soit environ 4 tonnes. En Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, les amphétamines viennent au second rang après le cannabis pour le nombre de saisies.

Après une hausse régulière suivant les premières saisies enregistrées entre la fin des années 80 et le milieu des années 90, le nombre de saisies d'ecstasy a diminué ou s'est stabilisé dans la plupart des États membres en 1997 et en 1998. Le nombre de comprimés découverts a nettement augmenté pour atteindre une pointe de 9,9 millions

en 1996 avant de redescendre à 4,2 millions en 1997 pour remonter de nouveau à 6,2 millions en 1998. Les plus grosses quantités ont été découvertes au Royaume-Uni, suivi par les Pays-Bas et la France.

Tant le nombre de saisies d'acide lysergique diéthylamide (LSD) que les quantités concernées ont augmenté jusqu'en 1993 puis diminué dans l'ensemble, en dépit de fluctuations dans la plupart des pays. Les saisies de LSD sont moins fréquentes que celles d'amphétamines ou d'ecstasy.

Le prix des amphétamines et de l'ecstasy a diminué à la fin des années 90 mais semble aujourd'hui se stabiliser dans certains États membres.

Le degré de pureté des amphétamines varie de 6 % en Irlande à 100 % en Grèce. Par contre, la composition des comprimés vendus sous le nom d'«ecstasy» varie considérablement. Tandis que la plupart contiennent du MDMA ou des substances similaires (MDEA, MDA), elles peuvent également contenir ou être entièrement composées d'autres principes actifs tels que les amphétamines ou la caféine. Les caractéristiques physiques des comprimés n'en indiquent bien souvent pas la composition puisque la même forme ou le même logo peuvent être utilisés pour des contenus différents.

# Réponses à la consommation de drogues

Ce chapitre donne une vue d'ensemble des évolutions des politiques et des stratégies en matière de drogue aux niveaux national et européen et aborde les questions connexes d'assurance qualité. Il évalue aussi les réponses au problème de la drogue dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'assistance sociale et du droit pénal.

## Développements politiques et stratégiques

### Politiques nationales en matière de drogue

Les politiques nationales en matière de drogue s'orientent vers des approches plus équilibrées qui mettent davantage l'accent sur une réduction de la demande que sur une réduction de l'offre. La prévention et la réduction des dommages liés à la drogue sont les principaux points retenus, et les stratégies récemment adoptées par l'Espagne, la France, le Portugal et le Royaume-Uni — aussi bien que l'Union européenne elle-même — révèlent une tendance à placer le problème de la drogue dans un contexte plus large incluant les problèmes de la pauvreté, du chômage et de l'exclusion sociale.

Les éléments clés de ces stratégies sont les suivants:

- analyses et preuves scientifiques comme base de la prise de décision;
- priorités claires et objectifs communs;
- objectifs chiffrés pour évaluer les progrès;
- évaluation pour mesurer l'efficacité de la stratégie.

La coordination est fondamentale aux niveaux national, régional et local, et les coordinateurs nationaux gèrent et assument la responsabilité politique de la mise en œuvre des politiques. En Allemagne, en Italie et au Luxembourg, les priorités ayant évolué d'une politique de répression vers la prévention et le traitement, la responsabilité politique en matière de drogue est passée du ministère de

l'intérieur à celui de la santé et/ou des affaires sociales. Les services relatifs à la drogue sont de plus en plus intégrés aux secteurs de la santé, social et pénal, et les réseaux incluant les décideurs politiques et les professionnels de la santé ont accru leur coopération au niveau local ainsi qu'entre les autorités nationales, régionales et locales.

Les nouvelles mesures de la politique allemande en matière de toxicomanie adoptée en février 2000 se concentrent sur la réduction des dommages liés à la drogue et l'assistance des usagers les plus démunis, par exemple en instaurant un cadre légal pour les salles d'injection. La stratégie espagnole sur la drogue pour 2000-2008, adoptée le 17 décembre 1999 par accord entre l'ensemble des parties concernées, donne la priorité à la prévention en instaurant des objectifs chiffrés, de nouveaux centres de suivi dans les régions autonomes et des plans d'action locale. Le plan triennal français (1999-2001), adopté le 16 juin 1999, cible les jeunes à travers une prévention basée sur le témoignage, l'information publique, la formation, le traitement et de nouvelles directives en matière de poursuites. La nouvelle stratégie du Portugal, approuvée le 22 avril 1999, met l'accent sur la prévention, le traitement et la réinsertion sociale. La stratégie du Royaume-Uni pour 1998-2008 concerne la consommation de drogues chez les jeunes, l'accès aux traitements, la réduction d'infractions et la disponibilité et/ou l'offre de drogues. L'objectif de la politique est de réduire de 50 % en 2008 l'accès des jeunes aux drogues, de réduire l'exclusion du milieu scolaire pour usage de drogues, l'absentéisme et les licenciements. En outre, l'objectif est de réduire de 25 % en 2002 les décès dus à la drogue.

Les nouvelles stratégies de l'Espagne et de la France incluent aussi bien les drogues licites que les drogues illicites, considérant le comportement de dépendance et non la substance. Cette tendance s'est manifestée, par exemple, dans les politiques de prévention de l'Allemagne, de l'Autriche et de la Suède depuis les années 80. Le Centre national néerlandais de suivi de la drogue, institué par le ministère de la santé, qui a entrepris de contrôler les problèmes de drogue en 1999 sous l'égide de l'Institut de la santé mentale et des toxicomanies des Pays-Bas est chargé aussi bien des drogues illicites que de l'alcool.

Tous les États membres favorisent des mesures de substitution à l'emprisonnement, lorsque celui-ci n'est pas strictement nécessaire, dans la répression des infractions liées à la drogue. En parallèle, la dépénalisation des délits liés à la consommation de drogues est de plus en plus répandue. Ces tendances montrent un consensus selon lequel l'incarcération n'est pas une solution adaptée pour les individus souffrant de problèmes de drogue. Le traitement semble être une meilleure réponse, même lorsque la gravité de l'infraction rend l'emprisonnement inévitable.

Une directive belge de 1998 stipulait que la possession de produits contenant du cannabis pour usage personnel devrait bénéficier de la «plus basse priorité» en droit pénal. De façon similaire, une directive du ministère français de la justice de juin 1999 recommandait aux procureurs de faire des mises en garde verbales et des avertissements plutôt que d'emprisonner les consommateurs de drogues — surtout les consommateurs occasionnels de cannabis — qui n'avaient pas commis d'autres infractions connexes. En Allemagne, les discussions sur le statut légal du cannabis se sont intensifiées à la suite de la demande en 1994, par la Cour constitutionnelle fédérale, d'uniformiser les critères de mise en examen ou en cas d'usage personnel de cannabis. Le gouvernement du Royaume-Uni a annoncé en mars 2000 le début d'essais scientifiques de prescription de cannabis, dont les résultats sont attendus pour 2002.

Une loi est actuellement en discussion au Luxembourg pour dépénaliser l'usage et la possession pour usage

personnel de substances à «risque limité» telles que le cannabis. La stratégie du Portugal compte également dépénaliser la consommation de drogues ou la possession de drogues pour usage personnel <sup>(5)</sup>, avec des sanctions administratives (amendes, confiscation du permis de conduire ou du passeport), comme celles introduites en Espagne en 1992 et en Italie en 1993.

### Prévention de la criminalité

Le plan triennal français cible le trafic de drogue, en particulier les drogues synthétiques. Les Pays-Bas ont tenté en 1999 d'accroître le contrôle du trafic illicite aux frontières nationales, en rallongeant parallèlement les peines pour trafic de cannabis et en interdisant la culture de plants de cannabis à l'intérieur du pays. En Irlande, un conseil du crime a été institué en 1999 pour aider à définir, *inter alia*, la politique de prévention de la criminalité liée à la drogue. La même année, une loi pénale a imposé une condamnation minimale obligatoire de dix ans pour possession de drogues d'une valeur dépassant 12 700 euros, bien que la dépendance puisse être une circonstance atténuante. En Finlande, un amendement proposé en 1999 à la loi sur la police recommandait que les nouvelles technologies soient utilisées lors des filatures et une surveillance technique par l'intermédiaire des systèmes de télécommunication.

Les atteintes à l'ordre public, à la propriété, les agressions et les violences liées à la drogue sont de plus en plus préoccupantes. Une évaluation de la politique néerlandaise contre les nuisances a demandé des mesures plus étendues visant les gros consommateurs de drogues ainsi que ceux qui fréquentent les clubs et les sans-abri.

### Fourniture de drogues en prison

Un amendement de la loi finlandaise sur l'application des peines, datant de juin 1999, a accru les pouvoirs des autorités carcérales afin de contrôler le trafic de drogue en autorisant des tests de dépistage de drogues sur des prisonniers soupçonnés de trafic de stupéfiants ou de toxicomanie et recevant des visites non surveillées. La même année, le Royaume-Uni a pris des mesures pour empêcher l'entrée illicite de drogues dans les prisons et les centres de redressement en interdisant tout visiteur surpris en possession de drogues.

<sup>(5)</sup> Lorsqu'une infraction a été dépénalisée, des sanctions pénales ne peuvent plus lui être appliquées. Elle est passible, par contre, de sanctions administratives telles que les amendes ou autres limitations de certains droits comme la suspension du permis de conduire ou la confiscation du passeport. En portugais, le terme «décriminalisation» (*«descriminalização»*) a la même signification que «dépénalisation» (*«depenalização»*), telle qu'elle est utilisée dans ce rapport.

### Stratégie de l'Union européenne en matière de drogue (2000-2004)

La stratégie de l'Union européenne en matière de drogue (2000-2004), approuvée par le Conseil européen de Helsinki le 1<sup>er</sup> décembre 1999, identifie six principaux objectifs à atteindre en cinq ans:

- diminuer de manière significative, dans un délai de cinq ans, la prévalence de la consommation de drogues illicites et le recrutement de nouveaux consommateurs, en particulier parmi les jeunes de moins de 18 ans;
- diminuer de manière significative la fréquence des effets nocifs des drogues pour la santé (tels que le VIH, les hépatites B et C, la tuberculose) et le nombre de décès liés à la drogue;
- augmenter de manière significative le nombre de toxicomanes traités avec succès;
- diminuer de manière significative la disponibilité des drogues illicites;
- diminuer de manière significative le nombre d'infractions liées à la drogue;
- diminuer de manière significative le blanchiment d'argent et le trafic illicite de précurseurs chimiques.

Le document souligne également la nécessité de renforcer la coopération entre les États membres pour mieux appliquer les dispositions du traité d'Amsterdam, entré en vigueur en mai 1999, et de développer une application efficace de la loi au niveau de l'UE.

L'accent est mis sur l'évaluation, et l'OEDT est appelé à apprécier la mise en œuvre de la stratégie. Pour l'Observatoire, cette tâche sera compliquée car les chiffres correspondant aux informations de base sont incomplets et certains pays ne possèdent pas de dispositifs de collecte de données ou d'évaluation permettant d'obtenir des informations fiables.

### Assurance qualité

L'importance de suivre l'évolution des problèmes de la drogue et d'instituer des indicateurs de l'application et de l'impact des stratégies est de plus en plus reconnue, comme le démontrent les plans d'action récemment adoptés par l'Espagne, la France, le Portugal et le Royaume-Uni ainsi que la stratégie de l'UE. L'évaluation de la stratégie nationale est en cours en Belgique et au Luxembourg, alors qu'une commission gouvernementale évaluera la politique nationale de la Suède en matière de drogue à la fin de l'an 2000.

Les investissements en matière de recherches sur l'évaluation et la formation augmentent dans toute l'Europe. Des procédures formelles d'assurance qualité pour améliorer l'efficacité de la prévention antidrogue et des traitements — en introduisant des modèles de certification, en contrôlant les progrès et en assurant une formation — sont mis en place en Allemagne, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni. Les évaluations les plus courantes concernent des programmes individuels de prévention et de traitement, mais elles pourraient former la base de métaanalyses plus sophistiquées si elles étaient associées.

La formation de spécialistes de la prévention et du traitement, mais aussi de plus en plus de non-spécialistes concernés par les problèmes de drogue — essentiellement personnel de santé, pharmaciens, enseignants, éducateurs, policiers, personnel carcéral et volontaires —, s'est intensifiée dans de nombreux pays.

Les échanges d'informations sont une condition préalable à une prise de décision informée, aussi bien dans chaque État membre qu'entre eux. À cette fin, la constitution de réseaux nationaux et internationaux se développe de même que l'utilisation de sites Internet et de bases de données au niveau national et de projets multinationaux tels que Prevnet qui englobe les Pays-Bas, la Finlande et le Royaume-Uni. Les échanges de l'OEDT sur la base de données relative à l'action de réduction de la demande de drogues (EDDRA) — disponible à l'adresse: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) — sont de plus en plus reconnus comme un instrument d'assurance qualité.

Il existe encore de grosses lacunes dans la recherche sur la drogue dans tous les États membres, et il est évident qu'un financement plus poussé est nécessaire dans ce domaine. Des programmes de recherche sur la dépendance ont été lancés récemment ou sont prévus en Allemagne, aux Pays-Bas et en Finlande, et de nouvelles chaires ont également été créées en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suède pour que les politiques en matière de drogue puissent reposer sur de meilleures bases scientifiques.

## Réponses visant à une réduction de la demande

### Prévention

#### Prévention de la drogue dans le milieu scolaire

La prévention de la drogue dans le milieu scolaire est une priorité pour tous les États membres. Des programmes

combinant l'information et la formation en vue d'acquies un savoir-vivre tel que l'affirmation de soi sont de plus en plus répandus. Une approche par groupes de condisciples, faisant participer activement les jeunes à la mise en œuvre d'activités dans leur école, s'étend au Danemark, en Italie, en Autriche et en Suède. Des évaluations conduites en Grèce, en Espagne et aux Pays-Bas montrent que, avec une formation adaptée des enseignants et l'aide apportée par les parents et la collectivité, ces initiatives de prévention sont efficaces, au moins à court et à moyen terme.

Des directives ont été élaborées en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, proposant aux établissements scolaires des moyens adéquats pour traiter les élèves ayant des problèmes de drogue. L'absentéisme, l'exclusion définitive ou provisoire sont déconseillés puisque les enfants sortis du milieu scolaire risquent davantage de consommer de la drogue.

Outre les informations fournies, les activités concernant les parents donnent la priorité aux aptitudes en matière de relations personnelles et de communication. Certains de ces programmes sont menés par des professionnels, alors que d'autres encouragent le dialogue entre parents. Bien que les évaluations de ces initiatives soient limitées, des études au Danemark, en Allemagne et en Grèce ont révélé que plus de 50 % des participants avaient constaté une amélioration de leurs aptitudes à faire face aux problèmes de leurs enfants.

Dans le cadre d'une réduction de l'exclusion sociale, l'Irlande et le Royaume-Uni ont introduit des programmes de proximité destinés à soutenir les familles en difficulté. Ces initiatives étant relativement nouvelles, aucune évaluation n'est encore disponible.

Internet est de plus en plus utilisé comme moyen de prévention avec des sites *web* pour les jeunes qui fournissent des informations et des forums sur des questions liées à la drogue ainsi que des conseils aux parents. Les enseignants peuvent aussi télécharger des directives à partir d'Internet et partager leurs expériences par l'intermédiaire de forums de discussion.

### **Prévention de la drogue dans les structures récréatives**

Les éducateurs dans les lieux de détente tels que les maisons de jeunes et les clubs sportifs doivent de plus en plus être capables d'agir rapidement si des problèmes de drogue se manifestent. En 1999, 1 500 éducateurs sportifs en Allemagne ont suivi des séminaires de prévention de la drogue animés par des spécialistes. En Belgique, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas, tout en préconisant la politique générale d'abstinence, des animateurs

peuvent accompagner les usagers expérimentateurs lors de pratiques à faible risque afin de les amener à réduire les risques d'escalade. Il est difficile, cependant, d'évaluer le résultat de ces programmes car objectifs et groupes cibles varient avec le temps. Les événements ponctuels pour les jeunes tels que les foires ou les expositions, de plus en plus nombreux ces quelques dernières années, ont une efficacité et un avenir plus incertains.

L'usage de drogues «à des fins récréatives» par les jeunes dans l'UE continue de se déplacer des grandes soirées dansantes vers des clubs et des bars ainsi que des soirées privées plus dispersés géographiquement. L'information reste la mesure de prévention la plus communément répandue dans l'UE, suivie par le conseil sur place, le travail de proximité et l'intervention en cas de crise. Les consommateurs de drogues synthétiques, qui considèrent souvent qu'ils sont bien informés en matière de drogue et ne se rendent pas compte que leur consommation peut être problématique, sont rarement pris en charge par les services traditionnels, l'intervention personnalisée et le travail de proximité paraissant plus adaptés à leurs besoins. Un centre de conseil spécial pour consommateurs de drogues synthétiques est à l'étude en Autriche.

Le personnel des clubs privés et des discothèques peut aussi jouer un rôle clé dans la prévention de la drogue. En Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, des directives sur la conduite à tenir face aux problèmes de drogue — ainsi que des propositions en matière de programmes de prévention de la drogue — ont été diffusées parmi le personnel des clubs et des bars.

Des expériences d'analyse toxicologique des pilules effectuées sur place ont été mises en œuvre sous différentes formes en Allemagne, en France, aux Pays-Bas et en Autriche. L'analyse des comprimés vendus sur le marché «récréatif» de la drogue a montré que 19 % d'entre eux contiennent des substances telles que la caféine, l'éphédrine ou aucune substance active. Il est cependant fréquent que les projets de test des pilules soient tolérés, alors que transporter, analyser et stocker des drogues illicites, même dans une optique expérimentale, constitue une violation de la loi. En Autriche, les expériences sur les comprimés sont menées dans le cadre d'un programme de recherche. Des critères de test efficaces ont été développés aux Pays-Bas, établissant une distinction claire entre la fonction de contrôle et celle de réduction des dommages.

### **Groupes à haut risque**

Les consommateurs de drogues à haut risque comprennent les minorités ethniques, les jeunes gens socialement défavorisés et/ou les sans-abri, les jeunes de l'assistance

publique ou les jeunes délinquants ainsi que les prostituées. Des politiques globales concernant les jeunes se développent de façon croissante au niveau local, et on incite les organismes de coordination transsectoriels — avec le soutien financier, les conseils méthodologiques et la formation des sources centrales ou régionales — à mettre en œuvre des plans d'action fondés sur les besoins de leurs communautés. Au Danemark, en Espagne, en Irlande, en Finlande et au Royaume-Uni, les problèmes de drogue sont considérés en même temps que l'exclusion sociale, les délits mineurs, la violence et les nuisances.

Ces projets sont axés sur le long terme, de par leur conception même, et le principal défi est alors de maintenir le niveau nécessaire de coopération. L'évaluation de ces activités au niveau local ne fait que commencer, et les chiffres d'assiduité scolaire, les statistiques de la police et les données relatives au traitement des consommateurs de drogues peuvent aider à évaluer leur efficacité.

Des projets spécifiques ciblant les jeunes consommateurs expérimentaux de drogues existent dans tous les États membres. Comme ces usagers connaissent souvent des problèmes de santé, d'éducation, de criminalité et des problèmes sociaux, de nombreux services différents sont impliqués et la coopération entre eux est vitale. La détection précoce des modèles de consommation initiale de drogues et de nouveaux groupes à risque est également essentielle.

Les assistantes sociales et les unités mobiles ciblent souvent les jeunes usagers expérimentaux dans leurs lieux de rassemblement. En Grèce et en Finlande, des cafés ouverts tard le soir ou d'autres lieux de rencontre ont été créés pour les jeunes gens à risque, qui peuvent même les gérer. Ces formes de travail de proximité sont souvent très difficiles à évaluer car les objectifs, les méthodologies et les acteurs sont souvent mal définis du fait de la complexité inhérente à la tâche. Un besoin urgent en méthodologie d'évaluation du travail de proximité se fait sentir, et l'OEDT s'emploie à développer des directives pour combler cette lacune.

### Réduction des conséquences néfastes dues à la consommation de drogues

#### Maladies infectieuses

L'apparition du VIH dans les années 80 a conduit à l'introduction de programmes d'échange de seringues établis aujourd'hui, à une échelle variable, dans tous les

États membres. Le partage des seringues semble avoir diminué dans la plupart des pays grâce à davantage d'échange des seringues. La Finlande a donné la priorité à ces programmes en 1999, après une hausse sensible des infections au VIH. En Belgique, en Espagne et en Finlande, les pharmaciens reçoivent une formation spéciale de conseil en matière de santé, dans le cadre des programmes d'échange de seringues. En Espagne et en France par exemple, les pharmacies remplissent le rôle de «centres à bas seuil», distribuant aussi bien des seringues que des produits de substitution.

Les données révèlent une prévalence élevée de l'hépatite C en Europe, même dans des pays à bas niveau d'infection au VIH. Les seules mesures préventives actuellement disponibles consistent non seulement à intensifier l'échange de seringues et d'aiguilles, mais aussi à enseigner aux usagers à ne pas partager de matériel d'injection ou à ne plus injecter leurs substances. Une récente tentative de fournir de l'interféron dans un centre à bas seuil en Autriche s'est soldée par un échec.

Un programme de vaccination contre l'hépatite B a réussi en Autriche cependant, et l'Allemagne ainsi que les Pays-Bas font état d'expériences positives, y compris parmi les groupes de TVI à haut risque.

Des préoccupations ont été exprimées concernant une baisse de la conscience du risque et un comportement à risque accru chez les jeunes usagers par injections, qui peuvent ne pas avoir bénéficié de campagnes d'éducation après la vague de VIH à la fin des années 80 et au début des années 90. Des recherches publiées en 1998 ont montré l'efficacité des efforts déployés au Royaume-Uni pour que les TVI prennent conscience des dangers que suppose le fait d'encourager les non-TVI à commencer des injections.

#### Travail de proximité et services à bas seuil

Le travail de proximité et les services à bas seuil visant à assister les toxicomanes qui ne suivent pas encore de traitement ou qui sont en fin de traitement ont été introduits au cours de la dernière décennie, en complément des centres de traitement conventionnels. Ces services visent à empêcher que l'état de santé et l'environnement social des usagers se dégradent et à les inciter à entreprendre un traitement.

Les unités mobiles de travail de proximité fournissent des informations, des aiguilles et des seringues propres, des soins d'urgence, interviennent en cas de crise et proposent des services dans les lieux de rencontre des toxicomanes ou à des groupes cibles spécifiques tels que les

prostituées. En France, en Irlande et aux Pays-Bas, ces unités peuvent aussi fournir de la méthadone.

Les services à bas seuil se développent dans tous les États membres — bien que récemment implantés en Grèce et en Finlande, en réponse à des préoccupations croissantes concernant les toxicomanes en manque — et attirent un nombre croissant de visiteurs. Selon les besoins spécifiques des utilisateurs et les ressources existantes, les services à bas seuil fournissent de la nourriture, des boissons et des équipements d'hygiène, un soutien psychosocial et médical, des aiguilles et des seringues propres, des lieux pour dormir et parfois de la méthadone.

Le travail de proximité et les services à bas seuil sont également fournis par des organisations gérées par d'anciens toxicomanes en qui les consommateurs actuels ont confiance. Les organisations d'usagers les plus reconnues — telles que *Mainline* à Amsterdam ou *Brugerforeningen* à Copenhague — travaillent avec les services officiels de santé pour mettre en œuvre des programmes spécifiques, ciblant, par exemple, les femmes toxicomanes.

### Les salles pour usagers

Les salles pour usagers fournissent un environnement permettant la consommation de drogues dans des conditions d'hygiène assurées et sous surveillance, réduisant ainsi la transmission de maladies infectieuses et le risque de surdoses fatales. Bien que ces salles aient été ouvertes dans quatre villes d'Allemagne depuis 1994, elles n'ont acquis un statut légal que le 25 février 2000 lors de l'amendement de la loi sur les stupéfiants et de l'introduction d'une loi-cadre instaurant des standards minimaux pour les équipements et la gestion. D'après cette loi-cadre, la décision finale est du ressort de chaque Land. En revanche, de tels locaux existent depuis des décennies aux Pays-Bas. Une salle d'injection devrait ouvrir à Madrid en 2000, et des décisions sont en attente au Luxembourg et en Autriche. Une étude, financée par la Commission européenne, examine actuellement dans quelle mesure les salles pour usagers réduisent le comportement à risque, améliorent et préservent la santé et diminuent les pressions sociales sur les collectivités locales en raison de la prise de drogues en public.

### Structures carcérales

Les conditions de la consommation de drogues dans les prisons sont encore davantage susceptibles de conduire à la propagation de maladies infectieuses qu'à l'extérieur. L'Institution pénitentiaire espagnole a recommandé en 1999 qu'un échange de seringues soit possible dans toutes les prisons pour tenter de réduire les dangers du partage

des aiguilles. Au total, 6,6 % de la population carcérale espagnole bénéficie aussi d'un traitement antirétrovirus. Un projet visant à réduire la transmission de maladies infectieuses, notamment avec des échanges de seringues, a été mis en œuvre dans certaines prisons d'Allemagne.

## Traitement

### Stades précoces de la prise de drogues

Le nombre de personnes en demande de traitement pour prise d'amphétamines, de cocaïne et de cannabis, ou qui fument de l'héroïne, a augmenté dans l'UE. Cela représente un défi pour les services conventionnels de la drogue souvent inadaptés au traitement de nouveaux modèles d'usage de drogues à des stades précoces. La coopération avec les services de la jeunesse ainsi que les services sociaux et psychiatriques s'est accrue, par exemple en Allemagne, aux Pays-Bas et en Autriche. Des recommandations relatives au traitement des jeunes de moins de 16 ans et de 16 à 18 ans ont été publiées au Royaume-Uni en 1999.

Des interventions ciblant les minorités ethniques et les immigrés ont suscité de l'intérêt en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas ces cinq dernières années. La consommation de drogues est assez répandue dans certains sous-groupes ethniques qui utilisent peu les services de prévention de la drogue, soit du fait de problèmes de langue, soit du fait de tabous culturels. Des alternatives prometteuses incluent une approche basée sur les pairs incluant des associations ethniques et fournissant des informations dans la (les) langue(s) appropriée(s). Des études sur ce sujet sont en cours parmi la population de gitans en Espagne, la population portugaise au Luxembourg et les peuples des Moluques et d'Afrique du Nord aux Pays-Bas.

### Usagers à problème

Dans tous les pays, les services de lutte contre la drogue sont de plus en plus confrontés à la polytoxicomanie. Au Danemark, plus de 75 % des personnes admises en traitement sont des polytoxicomanes. L'Allemagne fait état d'usage à problème de produits de substitution telles que la méthadone et la codéine (les traitements de substitution seront présentés en détail au chapitre 4 et ne sont pas abordés ici).

La réaction des services de lutte contre la drogue à ces nouveaux défis n'est pas claire. Les rapports nationaux suggèrent que les méthodes privilégiées sont le traitement psychosocial général et parfois le traitement psychiatrique, bien qu'aucun pays ne fournisse d'informations spécifiques sur les méthodes ou les objectifs des traite-

ments. La Grèce, l'Autriche et la Finlande signalent une augmentation et une diversification des services de traitement sur la période considérée, le Luxembourg et le Portugal prévoient une expansion similaire. La stratégie de la France sur trois ans souligne l'importance d'associer les services de traitement pour consommation d'alcool et de drogues illicites. La recherche conduite en 1998 et en 1999 aux Pays-Bas indique qu'une combinaison des services de traitement (traitement par étapes, y compris le suivi) peut avoir un effet positif sur la toxicomanie et la récurrence criminelle. L'étude nationale à long terme et à grande échelle menée au Royaume-Uni sur les résultats du traitement (NTORS — *National treatment outcome research study*) indique que, après deux ans, aussi bien le traitement de sevrage que la méthadone entraînent des taux d'abstinence nettement plus élevés et un usage moins fréquent chez ceux qui restent consommateurs, un cinquième seulement des échantillons étudiés restant consommateurs quotidiens d'opiacés.

Un diagnostic double — sur la coïncidence de problèmes de drogue et de problèmes psychiatriques — est de plus en plus perçu comme un problème au Danemark, aux Pays-Bas et en Suède. De la même manière, le problème des usagers vieillissants, en très mauvaise santé et présentant souvent des problèmes psychologiques et sociaux, doit être pris en compte dans les pays à longue histoire de consommation problématique de drogues tels que les Pays-Bas et le Royaume-Uni. En réponse à leur rôle de plus en plus important dans un système de soins diversifiés, des directives pour les médecins généralistes ainsi que le personnel de la santé publique ayant à travailler avec des usagers à problème ont été éditées aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

### **Le traitement comme alternative aux sanctions**

En général, tous les États membres reconnaissent que les toxicomanes ne devraient pas être emprisonnés pour leur dépendance. Un certain nombre d'alternatives aux peines sont donc mises en œuvre en Europe, allant de l'exécution de travaux d'intérêt général à un traitement ambulatoire ou résidentiel (pour plus de détails, voir chapitre 4). Plusieurs études sont en cours pour évaluer ces mesures.

### **Traitement en prison**

Tous les pays de l'UE proposent un traitement aux prisonniers consommateurs de drogues. En Espagne, en Allemagne et en Autriche, l'utilisation de traitements de substitution à la méthadone se répand dans les prisons. Cependant, les évaluations des traitements conduits en prison ne sont pas uniformes. Certaines font état de baisses substantielles de la consommation de drogues et de la criminalité, d'autres affirment que des études plus différenciées sont nécessaires pour valider ces conclusions. Les obstacles à un traitement efficace en prison incluent le surpeuplement, le manque de formation du personnel carcéral — bien qu'il existe des formations spéciales en Espagne et en Italie, par exemple — et le manque de suivi après la sortie de prison.

### **Réinsertion**

Les toxicomanes qui ont séjourné en prison, subi un traitement ou suivent un traitement de substitution à long terme manquent souvent d'une éducation de base, de formation professionnelle, d'emploi et de logement, facteurs qui entravent sévèrement leur réinsertion. La Grèce, l'Espagne, l'Irlande, l'Autriche, le Portugal et la Finlande ont intensifié leurs efforts pour aider les toxicomanes à s'intégrer (ou se réintégrer) dans la société et à stabiliser leur mode de vie.

L'Allemagne, la Grèce, l'Espagne et l'Irlande fournissent une éducation de base et des cours de formation professionnelle en artisanat, en agriculture ou en informatique. L'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, l'Irlande, l'Autriche et le Portugal font état de programmes d'insertion subventionnés pour les (anciens) toxicomanes, sous forme de projets spécifiques pour promouvoir l'intégration sur le marché du travail ou de programmes d'emplois subventionnés. Le programme Integra de la Commission européenne soutient la réinsertion des jeunes par une politique de formation et d'emploi. La Grèce, l'Espagne, l'Autriche et le Portugal multiplient les initiatives en matière de logements pour (anciens) consommateurs, sous forme de logements subventionnés, de logements ordinaires ou avec famille.

L'évaluation de ces programmes de suivi a été prometteuse, et le taux d'échecs est faible. Le soutien des prisonniers toxicomanes est essentiel à la sortie de prison, davantage encore que pour ceux qui terminent un traitement, à la fois pour éviter les surdoses et pour promouvoir leur insertion sociale.



# Questions particulières

Ce chapitre étudie trois questions spécifiques relatives au problème de la drogue en Europe: les traitements de substitution, la répression des infractions liées à la drogue et les problèmes des femmes toxicomanes et de leurs enfants.

## Traitements de substitution

Les traitements de substitution ont fait leur apparition dans l'UE à la fin des années 60 en réponse au début de la consommation d'opiacés. Avec l'extension de ce type de consommation, les services de substitution ont suivi, même si les pratiques variaient considérablement — et continuent de le faire. La législation correspondante, les pratiques de prescription et l'organisation générale des services de substitution diffèrent aussi beaucoup au sein de l'UE.

Ces traitements consistent à prescrire aux usagers de la drogue une substance de «substitution» semblable ou identique à la drogue habituellement consommée. Une distinction est faite entre la désintoxication — réduction progressive de la quantité de drogue jusqu'à ce que sa consommation soit nulle — et l'administration de doses d'entretien — fourniture à l'usager d'une quantité suffisante pour réduire le comportement à risque ou tout autre dommage connexe durant une période plus longue. Les consommateurs d'héroïne (ou d'autres opiacés) consti-

tuent l'essentiel des patients, les usagers de drogues autres que les opiacés se voyant plutôt prescrire des produits de substitution pour désintoxication. La présente section se concentre exclusivement sur le traitement pour dépendance aux opiacés.

## Produits de substitution

Les produits de substitution sont soit des agonistes — qui activent les récepteurs d'opiacés du cerveau, créant ainsi l'effet d'une consommation de drogues — ou des agonistes-antagonistes — qui, tout en activant les récepteurs d'opiacés du cerveau, limitent ou suppriment simultanément l'effet d'autres opiacés ou opioïdes pris simultanément. Certaines substances comme la buprénorphine combinent les caractères agoniste et antagoniste. Les produits de substitution utilisés pour traiter la dépendance à l'héroïne sont soit des opiacés — substances dérivées du pavot somnifère telles que la morphine ou la codéine, de même que l'héroïne produite à partir de la morphine — ou des opioïdes — substances synthétiques à effet analogue à celui des opiacés, telles que la buprénorphine ou la méthadone.

Tableau 1

Produits de substitution utilisés dans l'UE				
Produit de substitution	Caractéristiques de la substance	Pays signalant l'usage de cette substance (1)	Prix moyen estimé par semaine de traitement (en euros) (2)	Utilisation pour désintoxication ou entretien
Buprénorphine	Opioïde agoniste-antagoniste à action très longue	Belgique, Danemark, France, Italie, Autriche, Royaume-Uni	65	Les deux
Dihydrocodéine	Opioïde agoniste «faible» semi-synthétique à action brève	Belgique, Allemagne, Luxembourg	40	Les deux
Héroïne	Opiacé «fort» agoniste à action brève	Pays-Bas, Royaume-Uni	200	Suivi
LAAM	Opioïde synthétique agoniste à action très longue	Danemark, Allemagne, Espagne, Portugal	45	Les deux
Méphénon <sup>®</sup>	Opioïde synthétique agoniste à action prolongée	Luxembourg	8	Les deux
Méthadone	Opioïde synthétique agoniste à action prolongée	Tous les pays membres de l'UE	20	Les deux
Morphine à libération lente	Opiacé agoniste à action prolongée	Autriche	40	Les deux

(1) Les produits de substitution signalés dans moins de vingt cas ne sont pas indiqués ici.

(2) Entretien d'un usager à: 8 mg de buprénorphine par jour; 1 500 mg de dihydrocodéine par jour; 400 mg d'héroïne par jour; 350 mg de LAAM par semaine; dix comprimés de méphénon<sup>®</sup> par jour; 50 mg de méthadone par jour; 400 mg par jour de morphine à libération lente.

L'effet dans le temps des produits de substitution varie, ce qui influe sur leur mode d'administration. La substance à action la plus prolongée est le lévoalphaacétylméthadol (LAAM), dont la fréquence d'utilisation peut être réduite à trois fois par semaine. La morphine à libération lente peut être administrée tous les deux jours, alors que la méthadone et le méphénon<sup>R</sup> (méthadone en comprimés) doivent être pris tous les jours. L'héroïne et la dihydrocodéine doivent être pris au moins tous les deux jours.

Le tableau 1 montre que la méthadone reste le produit de substitution le plus communément utilisé dans l'UE, bien qu'elle n'ait plus le statut exclusif qu'elle avait autrefois. D'autres produits sont apparus depuis qui, en dépit de leurs caractéristiques diverses, servent à la fois pour la désintoxication et l'entretien.

### Introduction de traitements de substitution dans l'UE

Après une expérience en 1994-1997 consistant à prescrire de l'héroïne à des toxicomanes chroniques essentiellement pour une maintenance, la Suisse continue d'utiliser de l'héroïne comme alternative à la méthadone. L'expérience suisse a conduit à un débat sur la prescription d'héroïne dans tous les États membres de l'UE, et, bien que des expériences semblables aient été proposées dans plusieurs d'entre eux, seuls les Pays-Bas les ont réellement lancées en 1997, tandis que, en

Allemagne, le cadre juridique de telles expériences n'a été approuvé qu'en 1999. Les expériences françaises utilisant la buprénorphine en 1996 ont conduit à des tentatives analogues à petite échelle au Danemark (1998), en Allemagne (1999) et en Autriche (1997) et à l'obtention d'une licence pour ce produit au Royaume-Uni en 1999 et en Allemagne en 2000. Les expériences utilisant le LAAM se sont répandues à partir du Portugal en 1994 à l'Espagne, en 1997, et au Danemark, en 1998.

Tandis que le tableau 2 confirme à nouveau la prédominance de la méthadone, il illustre également le temps qu'il a fallu pour que ce produit soit introduit dans tous les pays de l'UE. Bien que, dans certains pays, de nouveaux produits de substitution soient toujours utilisés à titre expérimental, leur importance s'accroît.

Une évaluation du traitement ambulatoire à la méthadone en Allemagne, conduite de 1995 à 1999 par l'Institut de recherche thérapeutique (IFT) de Munich, a indiqué une baisse de la consommation de drogues avec une amélioration des aptitudes et des relations sociales durant la période considérée.

Une étude conduite en 1997 aux Pays-Bas a montré que jusqu'à 90 % des patients consommant une dose moyenne journalière de 50 mg de méthadone prenaient aussi de la cocaïne et de l'héroïne et que 70 % consommaient de l'alcool. Les premiers résultats d'une étude lancée par le ministère de la santé sur l'effet de différents dosages de méthadone sur des groupes expérimentaux indiquent que le groupe ayant reçu les doses les plus élevées se stabilisait davantage, avec une détérioration moins fréquente de sa santé et de ses aptitudes sociales et même une tendance plus fréquente à l'amélioration.

En Autriche, une évaluation conduite en 1997 a indiqué que la buprénorphine peut être prescrite aux femmes enceintes car les enfants nés de mères prenant cette substance ne manifestent pas de syndromes de sevrage comme ceux de mères prenant de la méthadone.

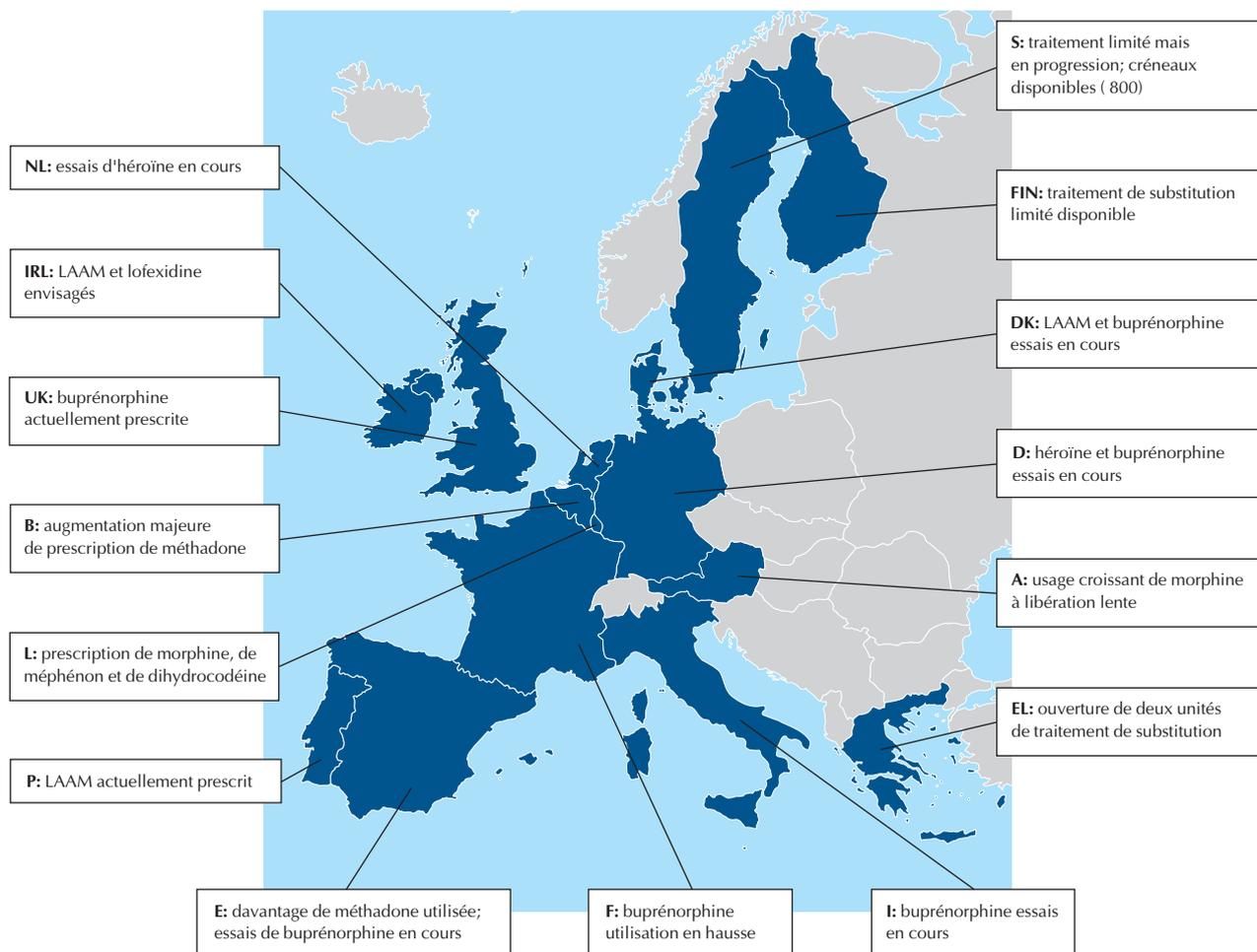
Alors que les expériences de substitution au LAAM ont échoué aux Pays-Bas au début des années 90 parce que les toxicomanes refusaient d'y participer, le Portugal a fait état de résultats positifs dans l'ensemble, avec 64 % des 99 participants restant fidèles au programme. Une étude de suivi portant sur 38 patients a montré que 61 % n'ont pas rechuté.

**Tableau 2** Introduction de traitements de substitution dans l'UE

Pays	Introduction du traitement à la méthadone	Introduction d'autres produits de substitution (1)
Belgique	1994	Usage occasionnel de buprénorphine (2), dihydrocodéine
Danemark	1970	Buprénorphine (2) (3) et LAAM (tous deux en 1998) (3)
Allemagne	1992	Dihydrocodéine (1985), héroïne (1999) (3), LAAM (1999), buprénorphine (2000) (2)
Grèce	1993	Pas de prescription d'autres produits
Espagne	1983	LAAM (1997)
France	1995	Buprénorphine (1996) (2)
Irlande	1970	Pas de prescription d'autres produits
Italie	1975	Buprénorphine (1999) (2) (3)
Luxembourg	1989	Dihydrocodéine (1994) (3), méphénon <sup>R</sup> (4)
Pays-Bas	1968	Héroïne (1997) (3)
Autriche	1987	Morphine à libération lente (1997), buprénorphine (1997) (2) (3)
Portugal	1977	LAAM (1994) (3)
Finlande	1974	Buprénorphine (1997) (2)
Suède	1967	Pas de prescription d'autres produits
Royaume-Uni	1968	Buprénorphine (1999) (2)

(1) Les dates correspondent à l'année de la décision politique de prescrire le produit.  
 (2) La buprénorphine se présente sous forme de subutex<sup>R</sup> et non de temgesic<sup>R</sup> celui-ci ne contenant que de petites quantités du produit.  
 (3) Il s'agit seulement d'une expérience.  
 (4) Date inconnue.

Graphique 21 — Vue générale des traitements de substitution dans l'UE



### Étendue et structure des services de substitution

Malgré une extension générale dans l'UE au cours des trente dernières années, les traitements de substitution restent rares dans certaines régions et dans certaines structures. En Grèce, en Finlande et en Suède, par exemple, les services n'assurent qu'une couverture géographique limitée et peuvent ne pas toucher des patients potentiels dans d'autres districts. La disponibilité de traitements de substitution dans les prisons varie aussi, tant entre les États membres qu'à l'intérieur de ceux-ci.

Peu d'États membres signalent des traitements de substitution avec hospitalisation limités, bien que les dispositions correspondantes existent en théorie dans l'UE. Ces traitements sont presque exclusivement administrés sous forme ambulatoire, sans doute parce que ce type de traitement est meilleur marché mais aussi parce que son impact sur la vie quotidienne du patient est minimal. Le choix de traitements ambulatoires ignore cependant le fait que les patients qui suivent un traitement de substitution peuvent être aussi bien des individus qui fonction-

nent relativement bien et souvent travaillent que des toxicomanes marginalisés et extrêmement défavorisés qui peuvent nécessiter davantage de soins que ne peut fournir un centre de traitement ambulatoire.

Malgré des progrès substantiels dans l'évaluation des traitements de substitution ces cinq dernières années, la plupart des États membres font encore état d'un manque de contrôle de qualité, de gestion et d'appréciation des différents programmes.

### Répression des infractions liées à la drogue

#### Possession d'héroïne

Dans onze États membres de l'UE, les autorités judiciaires réprimant la possession de petites quantités d'héroïne ou de drogues similaires doivent juger si cette substance est destinée ou non à un usage personnel. La possession de drogue uniquement pour usage personnel est considérée comme un délit moins grave que pour d'autres usages, et les sanctions s'échelonnent, en général, de sanctions

administratives — telles que la confiscation du permis de conduire ou du passeport — à une amende ou à une peine de prison ne dépassant pas douze mois.

En pratique, cependant, il peut être impossible de définir des critères communs de répression — même à l'intérieur d'un même pays car les autorités doivent prendre en compte un large éventail de facteurs incluant les lois nationales spécifiques sur la drogue, le statut de l'inculpé, le lieu et le moment du délit.

Il est possible toutefois d'identifier des éléments communs. En général, de premières infractions minimales — telles que la possession de très petites quantités pour usage personnel — conduisent à des mises en garde, à des avertissements et à la confiscation de la substance plutôt qu'à des sanctions plus sévères. Au Danemark, cependant, des usagers en possession d'une seule dose pour leur usage personnel peuvent être autorisés à la garder. En pareil cas, en effet, une confiscation est considérée comme improductive, puisque le toxicomane devrait probablement commettre une infraction pour s'offrir une autre dose.

Étant donné la forte dépendance induite par la consommation d'héroïne, la possession de cette substance est susceptible de donner lieu à des récidives, ce qui constitue un problème majeur. Dans la plupart des États membres, les récidivistes sont passibles d'une condamnation plus sévère telle que la liberté surveillée ou l'emprisonnement lorsque la récidive porte sur des quantités «conséquentes».

La possession de drogues telles que l'héroïne donne toujours lieu à des sanctions très variables au sein de l'UE. Au Danemark, par exemple, un avertissement ou une amende peut être donné. En Grèce, la possession de petites quantités de cannabis peut, dans certains cas, donner lieu à des sanctions plus sévères que celle de petites quantités d'héroïne, partant du principe que, l'héroïne induisant une dépendance, son possesseur éprouve un besoin physique plus fort que celui de cannabis. Aux Pays-Bas, la possession de petites quantités de drogues «dures» pour usage personnel ne fait pas habituellement l'objet de sanctions, alors que, en Finlande, ceux qui consomment des drogues «dures» seront plus souvent poursuivis que les consommateurs de drogues «douces». Toutefois, les pratiques varient selon les tribunaux.

### Atteintes à la propriété

Les atteintes à la propriété en vue de financer des habitudes de consommation de drogues sont considérées

comme des infractions graves dans tous les États membres, et le fait que le délinquant soit toxicomane n'a pas d'incidence en soi. Cependant, la sentence variera en fonction des circonstances entourant tant le crime que l'inculpé.

Les toxicomanes qui volent des médicaments dans les pharmacies ou des objets de propriété dans des habitations privées risquent davantage d'être poursuivis. S'ils sont condamnés, ils risquent de se voir infliger une peine de prison déterminée par la quantité de propriété volée et le recours éventuel à la violence — circonstance aggravante majeure. En Irlande, par exemple, la possession d'une seringue avec l'intention de blesser ou d'intimider peut conduire à une peine allant de douze mois de prison à l'emprisonnement à vie. Des vols mineurs — tels que le vol à l'étalage — ou vol «minime» — tel que défini par les lois nationales — entraîne des condamnations plus légères, à la condition que l'inculpé suive un traitement pour dépendance.

Lorsqu'un vol mineur est commis par un individu sans antécédent en matière d'atteinte à la propriété et sans problèmes sérieux de dépendance, la réponse la plus probable sera la mise en liberté conditionnelle doublée d'une amende, bien que la prison reste une option. Par contre, si l'inculpé présente de sérieux problèmes de dépendance et accepte de suivre un traitement, la réponse la plus probable sera la liberté surveillée, une condamnation avec sursis et un traitement.

Le traitement comme alternative à la répression est un principe fondamental de la plupart des États membres et la base de la politique nationale de l'Autriche en matière de drogue. Liberté surveillée ou peine avec sursis sont communément appliquées, et un traitement réussi classe l'affaire. Au Danemark, les résultats d'une expérience de 1995 à 1998 visant à soigner plutôt qu'à punir les contrevenants toxicomanes sont plutôt positifs. Même si nombre de participants ont récidivé au moins une fois par rapport à la drogue, aucun n'est revenu à la criminalité durant la période considérée. En Irlande, un programme pilote appliqué par les tribunaux donnera à ces derniers le pouvoir d'imposer un traitement aux toxicomanes et la pleine responsabilité d'évaluer leurs progrès. De même, l'ordonnance sur les traitements et l'expérimentation en matière de drogue adoptée en 1998 au Royaume-Uni (DTTO — *Drug Treatment and Testing Order*) vise à réduire la criminalité par le biais de traitements et de la réinsertion sous le contrôle et la direction d'un tribunal, et sous la surveillance du service de liberté conditionnelle. Même lorsqu'une peine de prison est imposée, un nombre croissant de pays ont multiplié les structures de traitement dans les prisons.

### Vente de drogues

La vente de drogues pour se procurer de l'argent afin de financer une habitude de consommation de drogues est un comportement commun chez les toxicomanes dans toute l'Europe, considéré comme une infraction grave dans tous les pays, quelles que soient les circonstances. Toutefois, l'étendue de l'infraction est prise en considération dans le choix de sanctions qui varient selon les pays, allant d'amendes et de peines de prison limitées à l'emprisonnement à vie au Royaume-Uni.

En dépit de la diversité des informations disponibles dans les pays d'Europe, plusieurs facteurs communs peuvent être dégagés qui influencent la peine encourue pour vente de drogue.

#### Quantité et client

La vente de petites quantités de drogues est considérée dans la plupart des États membres comme une circonstance atténuante par opposition à un trafic à grande échelle. En Grèce, des usagers qui échangent entre eux de petites quantités de drogues, dont il est prouvé qu'elles correspondent uniquement à leur usage personnel, peuvent se voir infliger une peine de prison de six mois, laquelle peut être commuée en amende ou suspendue. Les toxicomanes qui participent au trafic de quantités considérables de drogues risquent jusqu'à huit ans de prison, alors que les trafiquants non toxicomanes risquent l'emprisonnement à vie. En Suède, les condamnations varient de deux mois à deux à trois ans selon la quantité de drogue vendue. La fourniture non commerciale est une circonstance atténuante au Royaume-Uni, par exemple.

#### Degré de dépendance

Dans tous les États membres, le degré de dépendance de l'inculpé peut pousser à choisir des mesures de traitement plutôt qu'une sanction.

#### Nature de la substance

Il existe, au niveau de la justice, une distinction entre les drogues les plus dangereuses, induisant une dépendance, telles que l'héroïne et les drogues moins nocives, induisant moins de dépendance, telles que le cannabis. En Grèce, la police a établi des priorités de fait et considère le trafic de drogues en fonction des dangers associés à des substances spécifiques. L'héroïne, réputée la plus dangereuse, entraîne les peines les plus sévères, puis viennent la cocaïne, les drogues synthétiques et le cannabis. Au Luxembourg, l'amendement en cours de la loi sur les drogues inclut une révision des peines afin de refléter les dangers entraînés par différentes drogues.

### Récidivisme

Des infractions répétées entraînent des peines progressivement plus lourdes dans presque tous les États membres. Au Danemark, la vente répétée de drogues très dangereuses peut conduire à une peine atteignant six ans de prison. S'il s'agit de quantités considérables, la peine peut être portée à un maximum de dix ans. Au Luxembourg, les peines encourues pour vente de tous types de drogues s'échelonnent de un à cinq ans d'emprisonnement et/ou une amende. Pour les récidivistes, ces peines peuvent être doublées dans les cinq ans suivant le premier délit. La vente de drogues étant la façon la plus commune pour les toxicomanes de financer leur dépendance, suivie par des vols mineurs ou des cambriolages, les toxicomanes ont toutes chances de récidiver, et, bien que ces infractions répétées aient pour cause une dépendance physique, la réponse sera plus probablement une lourde peine de prison qu'un traitement.

En général, bien que les autorités judiciaires puissent considérer la possession de petites quantités de drogues pour consommation personnelle comme une circonstance atténuante, la limite entre possession et trafic n'est pas très nette dans les pays de l'UE. Bien que des peines distinctes soient applicables pour les deux types d'infraction, il n'a pas été établi de paramètres adéquats permettant une distinction claire entre les deux, et la même infraction peut faire encourir des peines différentes. Alors que des mesures telles que le traitement comme alternative à la prison existent dans tous les États membres, l'efficacité de leur mise en œuvre n'a pas encore été appréciée à l'échelle de l'Union.

## Problèmes concernant les femmes toxicomanes et leurs enfants

Les problèmes de drogue spécifiques aux femmes n'ont pas encore été examinés systématiquement par les systèmes d'information sur la drogue de l'UE. La plupart des États membres répondent aux besoins des femmes toxicomanes par l'intermédiaire de programmes spéciaux, l'étendue et la cible de ces programmes étant variables.

### Consommation de drogues chez les femmes

Dans l'ensemble, les hommes consomment davantage de drogues illicites que les femmes. Néanmoins, les différences de consommation entre hommes et femmes sont complexes et dépendent des substances spécifiques utilisées, de l'âge de l'usager, de son groupe social, de son niveau d'éducation et du lieu géographique considéré. Bien que les garçons aient plus tendance à consommer

du cannabis que les filles, la différence entre les deux devient infime, voire inexistante, entre 15 et 16 ans. De 20 à 24 ans cependant, la consommation est prépondérante chez les hommes. Dans la prévalence sur les douze derniers mois et l'usage de drogues spécifiques, les différences entre les sexes sont encore plus marquées.

Si les filles sont plus précoces que les garçons dans l'expérimentation, cela tient en général au fait que les filles ont des fiancés plus âgés qu'elles qui sont susceptibles de les encourager à essayer des drogues. Lorsque les filles grandissent, d'autres différences entre les sexes se dessinent dans les modèles de consommation et se renforcent.

Bien que la consommation de drogues soit plus répandue chez les hommes que chez les femmes, des facteurs juridiques, culturels, éducatifs et géographiques expliquent une prévalence accrue parmi les femmes. Les variations de consommation selon le sexe sont plus marquées lorsqu'il existe des sanctions juridiques sévères, de même que parmi ceux qui quittent précocement l'école et au sein des populations rurales. Les différences sont moins évidentes lorsque la drogue est communément acceptée et consommée, par exemple pour le cannabis. En Grèce, la consommation de drogues (essentiellement le cannabis) était plus élevée chez les hommes que chez les femmes en 1998. La consommation chez les femmes était cependant six fois plus élevée qu'en 1984, alors que la consommation chez les hommes avait à peine triplé.

En opposition directe avec la consommation de drogues illicites, celle de médicaments tels que la benzodiazépine

est plus répandue chez les femmes que chez les hommes, la différence augmentant avec l'âge. Par rapport aux drogues illicites, la stigmatisation sociale relativement faible associée à la consommation licite et à la consommation illicite de médicaments est sensible, bien que les conséquences sur la santé d'une consommation régulière soient considérables.

Le nombre de prisonnières femmes augmente régulièrement en Europe et a presque triplé ces dix dernières années en Espagne. Bien qu'une moindre proportion de prisonniers pour infractions liées à la drogue soient des femmes, des données réunies en Irlande et au Royaume-Uni attestent de niveaux considérables de consommation problématique de drogues chez les femmes à leur entrée en prison, concernant essentiellement l'héroïne, la méthadone et les benzodiazépines. Les structures de traitement varient dans les prisons pour femmes, et les directives relatives au traitement de la dépendance à la benzodiazépine et à une prévention des dangers du sevrage subit ne semblent pas aussi élaborées que celles concernant le traitement de la dépendance aux opiacés.

La mortalité directement liée à l'usage de drogues illicites semble moins élevée chez les femmes que chez les hommes, même si l'on prend en compte des différences entre les sexes dans la prévalence (les femmes ne représentent en moyenne que 20 % des décès dus à la drogue). Une explication satisfaisante d'une mortalité supérieure chez les hommes ne peut être donnée sans l'étude des facteurs contextuels et qualitatifs concernant les décès liés à la drogue.

**Tableau 3**

	Programmes destinés à répondre aux besoins des femmes consommatrices de drogues				
	Femmes enceintes	Prostituées	Mères toxicomanes et leurs enfants	Prisonnières	Préadolescentes et adolescentes
Belgique	++	-	++	-	-
Danemark	++	+	+	-	-
Allemagne	-	+	++	+	+
Grèce	+	+	+	-	-
Espagne	-	++	+	+	-
France	+	+	-	-	-
Irlande	+	++	+	+	-
Italie	-	+	++	-	+
Luxembourg	-	+	-	-	-
Pays-Bas	-	+	+	-	-
Autriche	++	+	++	-	+
Portugal	++	+	+	+	-
Finlande	-	-	+	-	-
Suède	++	-	+	-	++
Royaume-Uni	++	++	++	++	++

NB: - : pas d'information disponible ou aucun programme signalé;  
+ : au moins un programme signalé;  
++ : plus d'un programme signalé.

Sources: Rapports nationaux du Reitox 1999; Dagmar Hedrich, Community-based services for female drug users in Europe (services des collectivités locales destinés aux consommatrices de drogues en Europe), groupe Pempidou du Conseil de l'Europe, rapport non publié, décembre 1999.

### Maladies infectieuses

Des rapports isolés en Allemagne, en France, en Irlande et au Royaume-Uni suggèrent le risque que les infections au VIH et à l'hépatite B se développent chez des consommatrices de drogues. Bien qu'il n'existe pas de données solides pour étayer cette préoccupation, il a été suggéré que cette situation serait le résultat d'un comportement davantage à risque en cas d'injections chez les femmes ou de rapports sexuels non protégés.

Les femmes toxicomanes commettent moins d'actes délictueux portant atteinte aux biens que les hommes et financent plus souvent l'achat de drogues par l'industrie du sexe — la prostitution est une source de revenus notoire pour jusqu'à 60 % des femmes consommatrices de drogue. Une recrudescence des infections au VIH chez les femmes européennes et leurs enfants nés a entraîné la mise en œuvre de programmes de dépistage de routine du VIH et, dans certains cas, des hépatites B et C dans les services de suivi prénatal en Allemagne, en France, en Irlande et au Royaume-Uni dans les années 80 et 90. Le risque potentiel pour les femmes de contaminer leurs clients par des maladies infectieuses a toujours inquiété, et le lien entre la consommation de drogues par les femmes et la prostitution a certainement contribué au développement des services de réduction des risques chez les prostituées et de services de traitement pour les toxicomanes femmes. Un certain nombre de structures de proximité et à bas seuil ont été mises sur pied pour les femmes et fournissent abri, informations et conseils pratiques sur la protection des rapports sexuels et une consommation de drogues à moindre risque. Des groupes d'entraide tels que *Mainline* à Amsterdam proposent aux femmes des services incluant coiffeur, autodéfense et théâtre.

### Grossesse et femmes avec enfants

Les consommatrices d'opiacés enceintes sont de plus en plus considérées comme nécessitant un niveau particulièrement élevé d'intervention et de soutien. La plupart des pays de l'UE reconnaissent que les enfants de ces femmes peuvent aussi avoir besoin de soins médicaux spécifiques. Dans tous les États, les femmes enceintes se voient souvent offrir un « accès direct » aux services de traitement antidrogue, et, en Belgique, au Danemark, en France, en Irlande, en Autriche, au Portugal et en Suède, des services spécialisés ont été développés spécialement pour elles. La désintoxication n'est pas recommandée aux femmes enceintes en général, et les options de traitement de substitution font actuellement l'objet d'études scientifiques. Pour beaucoup de ces femmes, cependant, des consultations régulières de maternité sont incompa-

tibles avec leur style de vie ou bien elles craignent, en s'y rendant, une stigmatisation.

Le nombre croissant des enfants de toxicomanes courant un haut risque de développer eux-mêmes des problèmes de drogue et l'incidence sur les enfants de la consommation de drogues par leurs parents et de la dépendance constituent un problème nouveau. Les études diffèrent aussi bien par leurs méthodes que par leurs résultats. Certaines partent du principe que les problèmes rencontrés par les enfants de mères consommatrices de drogues sont inévitables aussi bien que multiples, alors que d'autres ne font pas état de différences dans les problèmes émotionnels, comportementaux et éducatifs des enfants de mères consommatrices de drogues et de mères non consommatrices dans un cadre social similaire. D'autres recherches signalent des similitudes entre les enfants de femmes consommatrices de drogues et les femmes alcooliques. Des facteurs modérateurs ont été identifiés tels que modifier les conditions de vie, accroître l'aide sociale et fournir des structures de traitement.

La proportion d'enfants continuant à vivre avec des mères consommatrices de drogues varie considérablement dans l'UE, et des politiques claires de séparation des enfants de leur mère toxicomane soit n'ont pas encore été élaborées, soit ne sont pas appliquées de façon systématique. Au Danemark et en Suède, pays qui appliquent des modèles de placement familial, une tendance se dessine vers l'octroi d'un soutien permettant aux mères toxicomanes de demeurer avec leurs enfants, ou au moins de stabiliser la relation entre enfants et parents. Les pays les plus méridionaux d'Europe — tels que la Grèce, l'Espagne, l'Italie et le Portugal — tendent à se reposer sur les structures familiales élargies traditionnelles pour assurer une prise en charge adéquate des enfants.

### Traitement des consommatrices de drogues

Le rapport entre les toxicomanes femmes et les toxicomanes hommes en traitement tend à être inférieur à 1:3. Les femmes qui entreprennent un traitement ont tendance à être plus jeunes que les hommes, et la proportion de femmes en traitement par rapport aux hommes diminue avec l'âge. Soit cela illustre des différences entre hommes et femmes liées à l'âge, soit cela montre que les habitudes de consommation de drogues des femmes sont en train de changer, ou alors les deux. Il semble que les chiffres ont tendance à sous-représenter les femmes ayant des problèmes de drogue. En Belgique, une étude « boule de neige » a donné une proportion plus élevée de femmes par rapport aux hommes usagers à problème que les

chiffres officiels des traitements. Une raison majeure de la sous-représentation des femmes en traitement pour drogue tient à la maternité: de 18 à 75 % des patientes femmes ont au moins un enfant et sont souvent trop occupées avec eux pour suivre un programme de traitement, ou craignent d'être qualifiées de mère «irresponsable» et de se voir retirer leurs enfants si elles s'inscrivent.

Peu de pays, tels que l'Allemagne et le Portugal, fournissent des services spécifiques dans les prisons pour femmes, bien qu'un pourcentage élevé de prisonnières femmes consomment de la drogue. Au Portugal, deux prisons fournissent des services de maternelle, permettant aux enfants de rester avec leur mère.

### **Prévention visant spécifiquement les femmes**

En Allemagne, en Autriche et en Suède, les activités de prévention en matière de drogue s'adressent de façon

spécifique à des femmes très jeunes et à des adolescentes. Ces initiatives se concentrent souvent sur l'identité des femmes, leur enseignant comment refuser de la drogue offerte par des compagnons ou des jeunes gens qu'elles côtoient. Les informations limitées présentées ici montrent comment, par contraste avec les réponses à la consommation de drogues par des hommes qui tendent à se concentrer sur les crimes découlant de cette consommation, les réponses à la consommation de drogues par les femmes semblent davantage motivées par des préoccupations touchant l'impact de la consommation de drogues sur les autres: enfants, lorsque les consommateurs sont des mères, et hommes, lorsque les consommateurs sont des prostituées.

# Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale

L'inclusion dans ce rapport de données concernant le problème de la drogue dans les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) <sup>(6)</sup> reflète une coopération croissante entre l'OEDT et les pays candidats à l'adhésion à l'UE <sup>(7)</sup>. La coopération avec Chypre, Malte et la Turquie étant encore à un stade préliminaire, ce chapitre se concentre sur les PECO qui participent au projet Phare sur les systèmes d'information en matière de drogue de l'UE <sup>(8)</sup>.

Les problèmes de drogues étaient en général limités dans les PECO jusqu'aux changements géopolitiques de 1989. La perméabilité accrue des frontières, davantage de circulation des personnes et des biens et un déclin des valeurs sociales traditionnelles ont fait surgir des problèmes nouveaux et exacerbé ceux qui existaient déjà. Bien que le trafic de stupéfiants dans cette région ait augmenté au début des années 90, il a eu relativement peu d'effet immédiat sur la consommation nationale de drogues.

Cependant le phénomène de la drogue s'est répandu depuis à tous les secteurs de la société.

## Prévalence et modèles de consommation de drogues

### Cannabis

#### Études en milieu scolaire

Des études conduites dans les établissements indiquent que la prévalence au cours de la vie de la consommation de drogues chez les 15-16 ans a considérablement augmenté entre 1994 et 1999. Les données concernant la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis et réunies durant plusieurs années par le projet européen d'enquêtes scolaires sur l'alcool et d'autres drogues (ESPAD) indique que le cannabis est la drogue la plus couramment utilisée, malgré des variations entre les pays.

#### Demande de traitement

Alors que la plupart des initiatives de traitement ciblent, dans les PECO, les consommateurs d'opiacés à problème, l'Albanie, la Hongrie et la Slovaquie font état de demandes de traitement pour consommation à problème de cannabis. On note, en République tchèque,

### Tendances générales

- Le pourcentage de la population globale, en particulier les lycéens, ayant essayé des drogues illicites au moins une fois est en hausse.
- L'âge de première consommation ou de premier contact avec des substances licites et illicites décroît.
- La demande de traitement pour dépendance envers les opiacés augmente.
- Les modèles de consommation changent, avec davantage d'injections et un remplacement des opiacés produits localement par de l'héroïne d'importation.
- La drogue s'étend des grands centres urbains à toutes les régions.
- Les arrestations et les saisies liées à la drogue sont en hausse.

<sup>(6)</sup> Les PECO comprennent l'Albanie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Bulgarie, la Bosnie-et-Herzégovine, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie, la Slovaquie et la Slovénie.

<sup>(7)</sup> Les pays candidats sont la Bulgarie, l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Roumanie, la République tchèque, la Slovaquie et la Slovénie, plus Chypre, Malte et la Turquie.

<sup>(8)</sup> Les données proviennent des rapports nationaux Phare sur la drogue de l'UE pour 1998 et 1999 et ne peuvent être considérés que comme un résumé de tendances générales. Aucune donnée n'est disponible pour la Bosnie-et-Herzégovine.

Tableau 4

		Prévalence au cours de la vie de l'usage de drogues chez les 15-16 ans dans quatre PECO, en 1994-1999					
Pays	Substance	Prévalence au cours de la vie (%)					
		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Hongrie	Toutes drogues illicites	n.d.	4,8	n.d.	n.d.	12,5	n.d.
	Cannabis	n.d.	4,5	n.d.	n.d.	11,5	n.d.
Lituanie	Toutes drogues illicites	n.d.	3,2	n.d.	26,0 <sup>(1)</sup>	13,3 <sup>(2)</sup>	n.d.
	Cannabis	n.d.	1,0	n.d.	n.d.	27,1 <sup>(2)</sup>	n.d.
République tchèque	Toutes drogues illicites	26,4	n.d.	n.d.	43,6	n.d.	n.d.
	Cannabis	21,5	n.d.	n.d.	35,4	n.d.	n.d.
Slovaquie	Cannabis	8,1	12,4	n.d.	n.d.	19,7	23,0

(<sup>1</sup>) Vilnius uniquement.  
 (<sup>2</sup>) Élèves de neuvième (année d'école) à la terminale, Klaipėda uniquement.  
 NB: n.d. = non disponible.

une hausse du nombre de consommateurs à problème de cannabis nouvellement enregistrés en traitement ces quatre dernières années. Une réponse adéquate à cette demande nécessite des recherches qualitatives, cliniques et ethnographiques à plus grande échelle sur cette tendance — qui a également été observée dans l'UE.

#### Disponibilité

Le nombre croissant de saisies de plants de marijuana et de cannabis donne à penser que le trafic et la production locale connaissent une escalade dans la plupart des pays, bien que cette tendance puisse également refléter une meilleure application de la loi.

### Opiacés

#### Demande de traitement

Les opiacés utilisés dans les PECO comprennent l'héroïne — dont la consommation était négligeable dans la région jusqu'au début des années 90 — et des substances dérivées de la production intérieure telles que le « compote » ou paille de pavot. La morphine et les autres opiacés, y compris l'hydrocodéine, peuvent

figurer dans le second groupe mais ne sont signalés que dans un nombre limité de PECO (l'hydrocodéine n'est signalée qu'en Hongrie).

Bien que les données ne soient pas enregistrées de façon systématique ou harmonisées, la demande de traitement pour prise d'opiacés a clairement augmenté depuis 1993 dans tous les PECO.

Dans huit des douze pays dans lesquels des données étaient disponibles, 70 à 90 % des patients enregistrés pour traitement étaient des consommateurs d'opiacés en 1995-1998. Les chiffres sont moins élevés pour la République tchèque (17 %), la Hongrie (34,7 %) et la Lettonie (49,4 %).

Presque tous les pays font état d'une baisse de l'âge moyen des consommateurs d'opiacés en traitement. Les groupes d'âge les plus à risque sont les 15-19 ans et les 20-24 ans, nettement plus jeunes que dans l'UE.

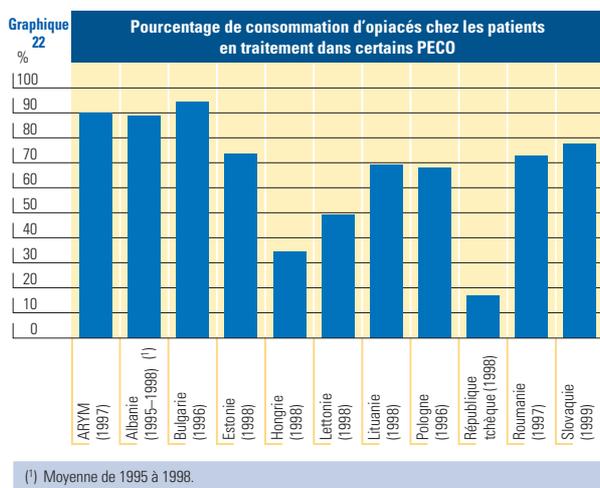
En République tchèque, l'âge moyen des consommateurs de drogues à problème nouvellement enregistrés en

Tableau 5

Pays	Nombre de demandes de traitement dans les PECO depuis 1993 (tous produits)					
	Années					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanie <sup>(1)</sup>	n.d.	n.d.	27	63	334	523
Ancienne République yougoslave de Macédoine	82	116	242	301	431	n.d.
Bulgarie	n.d.	n.d.	254	449	n.d.	n.d.
Estonie	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.
Hongrie	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957
Lettonie	n.d.	1 084	1 289	1 517	1 738	1 970
Lituanie	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862
Pologne	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.
République tchèque <sup>(2)</sup>	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858
Roumanie	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	n.d.
Slovaquie	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199
Slovénie <sup>(2)</sup>	141	187	125	309	n.d.	n.d.

(<sup>1</sup>) Les données concernant l'Albanie proviennent d'un seul hôpital.  
 (<sup>2</sup>) Premières demandes de traitement.  
 NB: n.d. = non disponible.

## Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale



traitement a baissé de 22,8 ans en 1995 à 20,6 ans en 1998. Plus de 75 % des nouveaux patients ont commencé à prendre de la drogue avant 19 ans et plus de 12 % avant 15 ans. La même tendance se fait sentir dans les pays baltes. En Lettonie, 41 % de tous les patients enregistrés en traitement ont moins de 19 ans et 22 % moins de 15 ans. L'Albanie et la Hongrie signalent aussi un pourcentage élevé de patients de 15 à 19 ans ainsi qu'une augmentation des 20-24 ans.

### Consommation de drogues par voie intraveineuse

L'usage de drogues par voie intraveineuse constitue un problème sérieux dans la région; il est généralement, mais non exclusivement, associé à la consommation d'héroïne. Des variations existent cependant selon les pays.

En Albanie, 87,2 % des patients en traitement consomment de l'héroïne, soit seule, soit associée à d'autres substances, mais la consommation par voie intraveineuse a diminué, passant de 29 % en 1995 à 19,3 % en 1998. En République tchèque, par contre, la proportion de TVI est passée de 55 % en 1997 à 62 % en 1998. Malgré cette hausse, l'héroïne ne représente que 17 % de la consommation problématique de drogues dans ce pays. En 1998, 28,3 % de toutes les admissions pour traitement en Hongrie étaient des TVI, et 86 % des héroïnomanes pratiquaient l'injection. En Pologne, 50 % seulement des patients traités en 1997 étaient des TVI, et, selon les rapports, leur nombre aurait sérieusement diminué depuis.

### Consommation d'héroïne par rapport aux substances locales

La consommation d'héroïne a atteint des niveaux record entre 1994 et 1995, puis entre 1997 et 1998, dans la plupart des PECO. Cette hausse traduit une augmentation de la disponibilité qui a entraîné, en retour, une baisse des opiacés plus «traditionnels» produits sur place.

L'Albanie et la Lettonie signalent une hausse rapide de la consommation d'héroïne en 1998, alors que, en Estonie, un glissement de la paille de pavot vers l'héroïne a été observé de 1997 à 1998. En Hongrie, la proportion de toxicomanes recevant des soins primaires pour consommation d'opiacés est passée de 21,5 % en 1994 à 34,7 % en 1998. Parallèlement, la prise de sédatifs a baissé, passant de 27,8 à 12,2 %, et la consommation de substances volatiles a chuté de 15,7 à 3,4 %. En Pologne, la proportion de consommateurs d'opiacés domestiques (l'héroïne «polonaise») a baissé de façon marquée, alors que le pourcentage de consommateurs d'héroïne augmente. La Slovaquie a signalé une hausse de consommation d'héroïne chez les patients en traitement de 37 % en 1993 à 86 % en 1994.

### Influences géographiques et sociales

La consommation d'opiacés s'est répandue dans les PECO depuis 1996, des régions à prédominance urbaine à la plupart des régions. En Slovaquie, alors que 35 % des héroïnomanes étaient traités en dehors de Bratislava en 1994, ce chiffre atteignait 47 et 60 % en 1995 et en 1996, respectivement.

En Pologne, des disparités dans la consommation d'opiacés ont été enregistrées entre les grandes villes. Par exemple, 70 % des patients inscrits en traitement à Varsovie ou à Cracovie sont de nouveaux usagers. À Cracovie, cependant, la majorité consomme des opiacés locaux, alors que, à Varsovie, la drogue consommée est essentiellement de l'héroïne.

Des variations dans la consommation de différents groupes ethniques ont également été enregistrées au sein des PECO. Dans l'ancienne République yougoslave de Macédoine, par exemple, les chiffres de 1998 indiquent que les jeunes Macédoniens ont tendance à consommer l'héroïne par voie intraveineuse, tandis que les Albanais sont plus enclins à la fumer. Des différences similaires ont été signalées pour la minorité ethnique russe dans les pays baltes et la communauté Rom en Bulgarie.

### Maladies liées à la drogue

Bien que peu de données fiables concernant le VIH, le sida et les hépatites B et C soient disponibles dans les PECO, la prévalence de comportements à risque associés à la consommation de drogues par voie intraveineuse incite à penser que le danger d'épidémie demeure élevé.

### Cocaïne

La consommation de cocaïne est relativement rare dans les PECO, mais la prévalence, le trafic et les saisies ont augmenté avec la disponibilité accrue de cette drogue. En

comparaison avec d'autres drogues, la cocaïne coûte très cher, et l'usage tend à en être limité aux tranches de population à revenus élevés.

### Drogues synthétiques

Toutes les drogues synthétiques ont gagné en popularité ces quatre dernières années — en particulier dans les trois pays baltes, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque, la Slovaquie et la Slovénie — pour faire désormais partie intégrante de la culture musicale et récréative des jeunes.

Étant donné que les consommateurs de drogues synthétiques ont tendance à ne pas se considérer comme des « consommateurs de drogues » ou des « toxicomanes » et donc demandent rarement un traitement, il est difficile de donner une représentation précise de l'étendue de la consommation de drogues synthétiques dans les PECO. Les données disponibles concernant tant le nombre que la quantité de saisies de drogues semblent cependant indiquer que la propagation de ces substances est largement sous-estimée.

L'usage d'amphétamines et de stimulants de type « amphétamines » augmente dans les PECO, même si les modèles de consommation varient. En République tchèque, l'usage de pervitine, une métamphétamine, constitue le problème de drogue le plus sérieux du pays (68 % des consommateurs de drogues à problème). Son utilisation a presque triplé chez les lycéens de 1994 à 1997. En Hongrie, la consommation problématique d'amphétamines (par voie intraveineuse le plus souvent) représente 15,2 % de l'ensemble des demandes de traitement. En Lituanie, les amphétamines sont apparues sur le marché noir en 1996 et sont consommées sous forme de comprimés ou par voie intraveineuse. En Pologne, de plus en plus d'amphétamines sont offertes à des jeunes novices. La Roumanie a fait état de saisies importantes d'amphétamines en 1997.

### Autres produits

Les autres substances consommées dans les PECO — en dépit de variations entre les pays — comprennent les sédatifs et les tranquillisants, des produits à inhaler et volatils.

En Hongrie, la consommation de sédatifs et de benzodiazépines représente 26 % de l'ensemble des statistiques de traitement pour 1998 et 17,9 % en Roumanie en 1997. En Lettonie, 34,2 % de tous les produits psychoactifs comprenaient des produits volatils en 1998, avec une proportion de 10,1 % pour les sédatifs. En Slovaquie, la

proportion d'usagers de produits volatils sur la totalité des patients en traitement était de 10 à 11 % entre 1994 et 1998, tandis que l'usage de sédatifs représentait 6 % de l'ensemble des demandes de traitement en 1998. Une étude nationale effectuée en 1995 en Slovénie sur des jeunes de 15 ans a fait état d'un pourcentage important de dépendance envers la colle et d'autres produits ainsi que les tranquillisants, en particulier chez les filles.

La consommation globale de drogues reste en hausse dans les PECO.

## Réponses

Ces cinq dernières années, la plupart des PECO ont essayé de répondre au problème de la drogue par des mesures institutionnelles et législatives, des activités de réduction de la demande (essentiellement prévention et traitement) et l'application de la loi.

### Réponses sur les plans institutionnel et législatif

Les réponses par la législation continuent avec l'intégration de l'acquis communautaire dans la législation nationale des dix pays candidats. Un large éventail de mesures nouvelles — concernant le blanchiment de l'argent, le contrôle des précurseurs chimiques, les alternatives à la prison, pour la consommation, la production et le commerce de drogues illicites — ainsi que les conventions internationales et des réformes du code pénal ont été adoptées par les PECO depuis 1996.

Toutefois, la création formelle d'un nouveau cadre législatif ne représente qu'un premier pas, et les principaux défis restent de définir comment appliquer les lois nouvelles — aussi bien que de débloquer le financement et les ressources humaines nécessaires pour transposer ces principes dans la réalité et contrôler leur mise en œuvre. Une analyse plus poussée des tendances législatives et une coopération accrue seront nécessaires dans certains cas pour éviter des différences entre la politique des pays de l'UE et celle des pays candidats.

Alors que des structures interministérielles ont été instituées pour coordonner les efforts de contrôle de la drogue dans tous les PECO, le manque fréquent d'organisation de ces structures ainsi que de crédits ont induit la nécessité de renforcer la coordination nationale. En dépit de ces changements fréquents cependant, des sous-comités et des groupes de travail ont largement contribué à la préparation de projets de lois ainsi que de projets de stratégies nationales de lutte contre la drogue.

## Le problème de la drogue en Europe centrale et orientale

Nombre de PECO développent des stratégies multidisciplinaires de contrôle de la drogue, mais, du fait d'un contexte socio-économique difficile et des nombreux défis politiques et autres auxquels sont confrontés ces pays, ils n'ont pas toujours été à même de fournir les ressources budgétaires nécessaires à cette fin.

### Réduction de la demande et de l'offre

L'augmentation de trafic de drogues transfrontalier, de blanchiment d'argent et de détournement de précurseurs chimiques depuis le début des années 90 a conduit à un effort accru en matière d'application de la loi dans les PECO. Le contrôle de l'offre de drogues illicites a été renforcé avec le soutien du programme Phare de l'UE.

Des activités visant à réduire la demande ont été développées dans tous les PECO, avec le soutien actif d'organisations et de programmes internationaux, y compris le programme Phare d'assistance technique aux projets de réduction de la demande de drogues de l'UE, le groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, l'Organisation mondiale de la santé et l'ESPAD.

De nombreux professionnels travaillant dans le domaine de la drogue dans ces régions ont reçu une formation par l'intermédiaire de ces organisations, et de nouveaux documents et instruments méthodologiques ont été

adaptés et traduits à partir de documents élaborés dans l'UE. Des programmes de prévention et de traitement ont également été institués, à partir des expertises disponibles dans les PECO.

En dépit de ces efforts, cependant, la réduction de la demande de drogues reste une priorité secondaire dans la plupart des PECO, comme l'exprime la division des ressources entre les services répressifs et les secteurs de réduction de la demande favorisant l'application de la loi.

Dans une certaine mesure, la faiblesse des ressources et les difficultés de la situation socio-économique dans les différents pays ont eu pour conséquence que les fonds fournis par l'intermédiaire d'un soutien international ont influencé les décisions concernant le choix d'actions à entreprendre. En conséquence, et en dépit de la qualité du personnel travaillant dans ce domaine, nombre de ces activités n'ont eu qu'un impact limité sur la situation.

Toutes les formes d'action devraient être intégrées dans des stratégies nationales et régionales plus efficaces, fondées sur une meilleure connaissance des aspects les plus problématiques du phénomène de la drogue. Un renforcement de points focaux nationaux modèles dans chaque PECO et une participation des pays candidats aux activités de l'OEDT pourraient avoir un impact positif sur le processus de prise de décision dans ces pays.



# Publications de l'OEDT en 2000

## Publications sur Internet

### Publications annuelles

#### *Statistical bulletin*

(«Bulletin statistique»),  
sur Internet: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)  
(en anglais)

## Publications imprimées

### Publications annuelles

#### *Rapport annuel 2000 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne*

(disponible dans les onze langues officielles de l'UE)

#### *Rapport général d'activités 1999*

(disponible en allemand, en anglais et en français)

### Bulletins d'information

#### *DrugNet Europe*, n° 21 à 26

(Bulletin bimensuel disponible en allemand, en anglais, en français et en portugais)

## Série de monographies scientifiques

#### *Methods to integrate epidemiological indicators to address policy-related questions on drug use*

(«Méthodes d'intégration des indicateurs épidémiologiques pour l'étude de questions politiques liées à la consommation de drogues») Scientific monograph No 6  
(disponible en anglais)

#### *Evaluation: A key tool for improving drug prevention*

(«L'évaluation: un outil clé pour améliorer la prévention») Scientific monograph No 5  
(disponible en anglais)

#### *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*

(«Comprendre et répondre à l'usage de drogue: rôle d'une recherche qualitative») Scientific monograph No 4  
(disponible en anglais)

## Série Insights

#### *Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe*

(«Examen des pratiques actuelles de traitement de substitution de la drogue en Europe») Insights No 3  
(disponible en anglais)

# Point focaux Reitox

## Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Scientific Institute of Public Health)  
Denise Walckiers  
Rue Juliette Wytman 14/Juliette Wytmanstraat 14  
B-1050 Bruxelles/Brussel  
Tel. (32-2) 642 50 35  
Fax (32-2) 642 54 10  
E-mail: birn@iph.fgov.be  
<http://www.iph.fgov.be/reitox>

## Danmark

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)  
Vibeke Graff  
Amaliegade 13  
Postboks 2020  
DK-1012 København K  
Tlf. (45) 33 91 16 01  
Fax (45) 33 93 16 36  
E-post: vig@sst.dk  
kag@sst.dk  
<http://www.sst.dk>

## Deutschland

Deutsche Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD c/o IFT Institut für Therapieforchung (German Focal Point of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction c/o Institute for Therapy Research)  
Roland Simon  
Parzivalstraße 25  
D-80804 München  
Tel. (49-89) 36 08 04 40  
Fax (49-89) 36 08 04 49  
E-Mail: simon@dbdd.de  
<http://www.ift.de>

## Greece

University Mental Health Research Institute (UMHRI)  
Anna Kokkevi  
Vassilisis Sophias Avenue 72  
PO Box 66517  
GR-15601 Athens  
Tel. (30-1) 653 69 02  
Fax (30-1) 653 72 73  
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr  
<http://business.hol.gr/~umhri>

## European Commission

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Unit  
JA1/A/4  
Timo Jetsu  
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 5/93)  
B-1049 Brussels  
Tel. (32-2) 29-95784  
Fax (32-2) 29-53205  
E-mail: timo.jetsu@cec.eu.int  
[http://europa.eu.int/comm/justice\\_home/unit/unit4\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/unit4_en.htm)

## ΕΛΛΑΔΑ

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)  
Άννα Κοκκεβή  
Βασιλίσσης Σοφίας 72  
TΘ 66517  
15 601 Αθήνα  
Tηλ. (30-1) 653 69 02  
Φαξ (30-1) 653 72 73  
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr  
<http://business.hol.gr/~umhri>

## España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)  
Ministerio del Interior [National Plan on Drugs]  
Camilo Vázquez Bello  
C/ Recoletos, 22  
E-28001 Madrid  
Tel. (34) 915 37 27 25  
Fax (34) 915 37 26 95  
E-mail: cvazquez@pnd.mir.es  
<http://www.mir.es/pnd/index.htm>

## France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
Jean-Michel Costes  
105, rue Lafayette  
F-75110 Paris  
Tél. (33) 153 20 16 16  
Fax (33) 153 20 16 00  
E-mail: jecos@ofdt.fr

## Ireland

Health Research Board  
Drug Misuse Research Division  
Rosalyn Moran  
73 Lower Baggot Street  
Dublin 2  
Ireland  
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 160  
Fax (353-1) 661 18 56  
E-mail: Rmoran@HRB.ie  
<http://www.hrb.ie>

## Italia

Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze (Prevention and Rehabilitation Activities Coordination Unit, Department for Social Affairs of the Presidency of the Council of Ministers)  
Franco Scarpino  
Via Veneto, 56  
I-00187 Roma  
Tel. (39) 06 48 16 14 95  
Fax (39) 06 482 49 34  
E-mail: puntofocale@affarisociali.it  
<http://www.affarisociali.it>

## Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg (Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)  
Alain Origer  
Allée Marconi  
Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg  
Tél. (352) 47 85-625  
Fax (352) 46 79 65  
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu  
<http://www.relis.lu>

## Nederland

Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Public Health and Addiction)  
Franz Trautmann  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
Nederland  
Tel. (31-30) 297 11 86  
Fax (31-30) 297 11 87  
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl  
<http://www.trimbos.nl>

## Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Austrian Health Institute ÖBIG)  
Sabine Haas  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
Tel. (43-1) 515 61 160  
Fax (43-1) 513 84 72  
E-Mail: haas@oebig.at

## Portugal

Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (Portuguese Institute for Drug and Drug Addiction)  
Elsa Pais  
Av. João Crisóstomo, 14  
P-1000-179 Lisboa  
Tel.: (351) 213 10 41 00  
Fax: (351) 213 10 41 90  
E-mail: maria@ipdt.pt  
<http://www.ipdt.pt>

## Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health — STAKES)  
Ari Virtanen  
PL 220  
FIN-00531 Helsinki  
P./tfn (358-9) 39 67 23 78  
F./fax (358-9) 39 67 23 24  
Sähköposti: ari.virtanen@stakes.fi  
<http://www.stakes.fi>

## Sverige

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)  
Bertil Pettersson  
S-103 52 Stockholm  
Tfn (46-8) 56 61 35 00  
Fax (46-8) 56 61 35 05  
E-post: bertil.pettersson@fhi.se  
<http://www.fhi.se>

## United Kingdom

DrugScope  
Nicholas Dorn  
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@isdd.co.uk  
<http://www.drugscope.org.uk/index.html>

## Norge (Observer)

Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems  
Stein Berg  
PO Box 8152 Dep.  
N-0033 Oslo  
Tfn (47-22) 24 65 00  
Fax (47-22) 24 65 25  
E-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

**Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne — 2000**

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2000 — 50 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-098-2

## Présentation de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'une des onze 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'Observatoire fournit à ses utilisateurs — qu'il s'agisse de décideurs politiques, de praticiens 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

Vous pouvez obtenir des informations détaillées sur l'usage de drogues en Europe, des publications à télécharger dans les onze langues officielles de l'UE, des liens avec 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 sur le site web de l'OEDT:

<http://www.emcdda.org>



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES  
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-098-2



9 789291 680986 >