



NATIONS UNIES

Office contre la drogue et le crime

BULLETIN DES STUPÉFIANTS

Volume LV, n^{os} 1 et 2, 2003

**La pratique de l'épidémiologie
de l'abus des drogues**

OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME
Vienne

BULLETIN DES STUPÉFIANTS

Volume LV, n^{os} 1 et 2, 2003

**La pratique de l'épidémiologie
de l'abus des drogues**



NATIONS UNIES
New York, 2004

PUBLICATION DES NATIONS UNIES
Numéro de vente: F.04.XI.5
ISBN 92-1-248119-1
ISSN 0251-3706

Sandeep Chawla, éditeur
Yolanda Luna, assistante d'édition

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
Centre international de Vienne
B.P. 500
A-1400 Vienne (Autriche)

Téléphone: +(43) (1) 26060-4654
Télécopie: +(43) (1) 26060-5866

Le *Bulletin* peut être consulté sur l'Internet, à l'adresse suivante:
www.unodc.org

L'Office pour le contrôle des drogues et la prévention du crime est devenu l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime au 1^{er} octobre 2002. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime comprend le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID).

Les opinions exprimées dans les articles publiés dans le *Bulletin* sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Secrétariat des Nations Unies.

PRÉFACE

Le *Bulletin des stupéfiants* est une publication des Nations Unies qui paraît sans interruption depuis 1949. Il est publié dans les six langues officielles de l'Organisation des Nations Unies: anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe.

Le *Bulletin* présente à la communauté internationale des renseignements sur les faits nouveaux intervenus dans le domaine du contrôle des stupéfiants aux niveaux local, national, régional et international.

Ce numéro double du *Bulletin* (volume LV, n^{os} 1 et 2) est consacré à la pratique de l'épidémiologie de l'abus des drogues. Il fait suite au volume LIV (n^{os} 1 et 2) qui traitait des aspects scientifiques de l'épidémiologie de l'abus des drogues. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime tient à remercier Zili Sloboda, qui a été l'éditeur invité de ces deux volumes du *Bulletin*. Nous remercions tout particulièrement aussi Paul Griffiths et Rebecca McKetin qui ont conçu ces deux volumes à l'époque où ils travaillaient pour l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONU DC).

PRINCIPES DE RÉDACTION ET DE PUBLICATION

Peuvent être publiés dans le *Bulletin* des articles envoyés par des auteurs en leur nom propre ou par des organismes et traitant des aspects théoriques ou pratiques des politiques, des approches, des mesures et des faits nouveaux dans le domaine du contrôle des stupéfiants. À cet égard, les résultats des recherches, des études ou des expériences pratiques qui peuvent être utiles aux responsables politiques, aux praticiens et aux experts ainsi qu'au grand public présentent un intérêt particulier.

Les articles destinés au *Bulletin* doivent représenter un travail original et inédit de recherche n'ayant pas été publié ailleurs ou ne faisant pas simultanément l'objet d'une autre demande de publication. Ce travail doit être d'une haute tenue afin de satisfaire aux conditions exigées par une publication technique de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Les auteurs sont priés de faire preuve de discernement dans les manuscrits qu'ils soumettent, afin de ne pas porter de jugement critique sur une situation nationale ou régionale particulière.

Les manuscrits doivent être de préférence soumis en format Word. Tout manuscrit devra être envoyé sur support papier, accompagné d'une disquette de 3,5", en Word pour le texte et en Excel ou Lotus pour les graphiques et les tableaux, dans l'une des six langues officielles de l'ONU: anglais, arabe, chinois, espagnol, français ou russe. Un résumé d'environ 200 mots et une liste complète d'ouvrages et d'articles de référence, numérotés dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans le texte, ainsi qu'une liste de mots clés, doivent être joints. Les manuscrits doivent comporter de 10 à 20 pages dactylographiées, en double interligne, tableaux, figures et références compris. Les tableaux doivent être clairs et compléter le texte, sans faire double emploi avec lui.

Les manuscrits, accompagnés d'un bref curriculum vitae des auteurs, doivent être adressés au rédacteur en chef du *Bulletin des stupéfiants*, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Centre international de Vienne, B.P. 500, A-1400 Vienne (Autriche). La lettre d'envoi doit désigner l'auteur à qui adresser la correspondance et préciser son adresse complète, son numéro de téléphone, son numéro de télécopie et, le cas échéant, son adresse électronique (courriel). Les manuscrits non publiés sont renvoyés à leurs auteurs; l'Organisation des Nations Unies décline cependant toute responsabilité en cas de perte.

Les articles publiés dans le *Bulletin des stupéfiants* expriment l'opinion des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celle du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les articles publiés dans le *Bulletin des stupéfiants* sont la propriété de l'Organisation des Nations Unies; ils bénéficient de la protection accordée par les dispositions du Protocole 2 annexé à la Convention universelle sur le droit d'auteur concernant l'application de cette Convention aux travaux de certaines organisations internationales.

Anciens numéros disponibles, commandes et abonnements

Tous les numéros du *Bulletin* (du volume I, n° 1 (1949) au présent numéro) sont disponibles sur le site Internet de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime: www.unodc.org

Les numéros spéciaux ci-après du *Bulletin* sont disponibles en tant que publications des Nations Unies:

1992

Le rôle du service de répression dans la lutte contre l'abus des drogues (vol. XLIV, n° 1)
La répercussion de l'abus des drogues sur l'environnement (vol. XLIV, n° 2)

1993

Questions liées à l'abus des drogues et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (vol. XLV, n° 1)

Examens de dépistage de la drogue sur le lieu de travail (vol. XLV, n° 2)

1994

La famille et l'abus des drogues (vol. XLVI, n° 1)
Numéro général sur l'abus des drogues (vol. XLVI, n° 2)

1995

Numéro spécial sur la dimension féminine de la toxicomanie (vol. XLVII, n° 1 et 2)

1996

Numéro spécial sur l'évaluation rapide de l'abus des drogues (vol. XLVIII, n° 1 et 2)

1997-1998

Numéro double sur le cannabis: faits nouveaux (vol. XLIX, n° 1 et 2, et vol. L, n° 1 et 2)

1999

Documents hors série (vol. LI, n° 1 et 2)

2000

Coûts économiques et sociaux de l'abus de substances psychoactives (vol. LII, n° 1 et 2)

2001

Pour une politique dynamique en matière de drogues: comprendre et combattre l'épidémie de drogue (vol. LIII, n° 1 et 2)

2002

La science de l'épidémiologie de l'abus des drogues (vol. LIV, n° 1 et 2)

La reproduction des articles signés peut être autorisée sur demande adressée au Secrétaire du Comité des publications, Organisation des Nations Unies, New York, New York 10017.

La correspondance relative aux commandes et aux abonnements doit être expédiée à l'adresse suivante:

Pour l'Asie, l'Amérique du Nord, l'Océanie et l'Amérique du Sud:

Le Chef de la Section des ventes
Organisation des Nations Unies
New York, N.Y. 10017
États-Unis d'Amérique

Pour l'Afrique, l'Europe et le Moyen-Orient:

Le Chef de la Section des ventes
Organisation des Nations Unies à Genève
Palais des Nations
CH-1211 Genève 10
Suisse

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
Préface	iii
Brosser un panorama mondial des caractéristiques et des tendances de la consommation de drogues: un défi pour l'épidémiologiste <i>par P. Griffiths et R. McKetin</i>	1
L'influence de l'épidémiologie sur les politiques de contrôle des drogues <i>par D. F. Musto et Z. Sloboda</i>	11
Pour étayer l'élaboration de politiques fondées sur des éléments concrets: l'exemple du Système de déclaration des drogues illicites en Australie <i>par L. Topp et R. McKetin</i>	27
L'expérience du réseau multivilles du Groupe Pompidou, 1983-2002 <i>par R. Bless</i>	37
Comprendre les tendances des drogues aux États-Unis d'Amérique: le rôle du Groupe de travail épidémiologique communautaire comme élément du système d'information global sur les drogues <i>par Z. Sloboda et N. J. Kozel</i>	49
L'épidémiologie des drogues dans les institutions européennes: contexte historique et indicateurs clefs <i>par R. L. Hartnoll</i>	61
Le réseau épidémiologique des Caraïbes: difficulté de dégager une perspective régionale <i>par K.-G. Douglas et J. Hillebrand</i>	83
Création du réseau épidémiologique sur l'usage de drogues de la Communauté de développement de l'Afrique australe : méthodes et problèmes <i>par C. D. H. Parry, A. Plüddemann et J. Strijdom</i>	93
Élaborer des systèmes d'information sur l'abus des drogues en Afrique: un pari difficile <i>par M. Warner-Smith</i>	105
Mexique: systèmes de diagnostic épidémiologique de l'abus de drogues <i>par M. E. Medina-Mora, P. Cravioto, A. Ortiz, P. Kuri et J. Villatoro</i>	117
Tendances de la prévalence de l'usage de substances psychoactives dans la Fédération de Russie <i>par E. A. Koshkina</i>	133
Questions liées à la détection d'une baisse de la demande de drogues: la pénurie d'héroïne en Australie en 2001 <i>par L. Degenhardt, L. Topp et C. Day</i>	143

Brosser un panorama mondial des caractéristiques et des tendances de la consommation de drogues: un défi pour l'épidémiologiste

P. GRIFFITHS ET R. MCKETIN

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne (Autriche)

RÉSUMÉ

L'objet du présent article est de passer en revue les progrès accomplis dans l'obtention d'informations plus fiables sur la consommation de drogues dans le monde. Les auteurs se penchent sur l'évolution des méthodologies découlant de la collaboration d'organisations et d'experts internationaux dans le domaine de l'épidémiologie de l'abus des drogues, à l'occasion de deux rencontres mondiales. La première eut lieu en janvier 2000. Il s'agissait de parvenir à un consensus quant aux principes, aux structures et aux indicateurs qui sous-tendent les systèmes d'information sur les drogues. La seconde, qui eut lieu en décembre 2001, passa en revue les méthodes employées par les réseaux épidémiologiques régionaux et recensa les possibilités de collaboration et d'amélioration des méthodes de travail. Les discussions tenues à l'occasion de ces deux rencontres furent fructueuses: elles permirent d'instaurer une collecte améliorée des données, partout dans le monde, et montrèrent que la couverture et la qualité des données recueillies avaient déjà grandement progressé. Le recours aux réseaux d'information sur les drogues a été, en l'occurrence, capital, puisqu'il a stimulé la collecte et l'interprétation systématiques des données et offert un espace de dialogue pour l'échange transdisciplinaire et transnational d'informations et d'expériences. De nouveaux défis attendent la collecte mondiale des données: mettre au point des méthodes de collecte fiables et peu onéreuses pouvant être adaptées à toutes les régions du monde et pérenniser et stimuler la collaboration interrégionale pour accélérer ce processus.

Mots clefs: systèmes d'information sur les drogues; tendances de l'abus des drogues; épidémiologie; méthodes; collecte des données; réseaux; mondial(e).

Introduction

Si certains pays se targuent d'être parvenus à contrôler la demande de drogues illicites, l'abus des drogues n'en continue pas moins de croître partout dans le monde. Il a notamment augmenté de façon très spectaculaire dans certains pays

en développement. Cependant, notre connaissance de l'ampleur de l'abus des drogues illicites reste imparfaite, notre compréhension des caractéristiques et des tendances de l'abus limitée. Pour concevoir des politiques efficaces permettant de faire diminuer l'abus de drogues, les gouvernements doivent savoir quand, où et pourquoi les individus consomment des drogues illicites. Les caractéristiques de l'abus ne sont pas circonscrites par les frontières nationales car les toxicomanes de toutes les régions du monde ont désormais accès à un plus large éventail de drogues et parce que, avec le progrès des communications, les tendances sociales se propagent désormais plus rapidement, surtout parmi la jeunesse. La mondialisation de l'abus des drogues oblige à mondialiser les politiques de réduction de la demande, ainsi que les systèmes d'information sur lesquels elles s'appuient.

Il n'est guère aisé de brosser un tableau exhaustif des caractéristiques et des modalités de la consommation de drogues illicites dans le monde. On dispose, à l'échelon mondial, d'un outil conçu pour donner un aperçu de la situation de la toxicomanie dans le monde. Il s'agit de la deuxième partie du questionnaire destiné aux rapports annuels, intitulée: "Ampleur, caractéristiques et tendances de l'abus des drogues" [1]. Ce questionnaire permet aux États Membres des Nations Unies de s'acquitter de l'obligation qui leur est faite par les conventions internationales de faire rapport à la Commission des stupéfiants sur les divers aspects du problème des drogues illicites. Reposant sur un ensemble convenu d'indicateurs clefs, le questionnaire vise une collecte mondiale des données, à trois niveaux: résumés de rapports d'experts, données quantitatives non normalisées ou fragmentaires et données quantitatives normalisées. Si le questionnaire n'est censé proposer qu'un ensemble succinct de données, il n'en est pas moins fort utile puisqu'il encourage les intéressés à recueillir leurs données à plusieurs sources et à adopter des indicateurs clefs standard; il offre, de ce fait, un cadre à la collecte des données. Les pays qui adoptent les mesures clefs préconisées par le formulaire veillent également à ce que leur collecte permette de rassembler des informations compatibles avec les normes internationales. Le tableau de la situation actuelle des drogues dans le monde est fondé sur les réponses au questionnaire et sur d'autres publications relatives à la consommation de drogues; il repose donc, pour l'essentiel, sur les données communiquées par les systèmes d'information nationaux et régionaux [2]. Mais l'information sur la situation globale de la toxicomanie dans le monde n'en reste pas moins fragmentaire, en raison de la médiocre qualité des données dans certaines régions et du manque de normes comparables en matière d'établissement des rapports. Seules l'harmonisation des méthodes et des activités de collecte à travers le monde, l'adoption de méthodes de collecte fiables et la capacité de se doter d'un système de collecte des données permettront d'améliorer le stock d'informations mondiales sur les drogues. Le présent article fait le point sur les progrès réalisés en ce sens.

Principes directeurs de la collecte de données

L'harmonisation des méthodes et des activités de collecte est indispensable à l'amélioration de la base de données internationales sur la consommation de

drogues. Une première étape vers cette harmonisation a été franchie en 2000 avec la tenue d'une réunion conjointe qui permit de rassembler des représentants d'organisations internationales, ceux de réseaux régionaux d'information et des experts techniques, et où l'on débattit des principes, des structures et des indicateurs nécessaires à l'établissement de systèmes d'information efficaces sur les drogues [3]. L'hôte de cette réunion, tenue à Lisbonne, était l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; il était appuyé, dans le cadre du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues, par le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID). Le groupe international d'experts accorda une importance toute particulière à l'élaboration d'un ensemble de grands indicateurs épidémiologiques de la demande permettant d'évaluer la consommation mondiale de stupéfiants. Un consensus fut réalisé autour des principaux indicateurs ci-après:

- a) Consommation de drogues dans la population générale;
- b) Consommation de drogues parmi la jeunesse;
- c) Abus des drogues à haut risque;
- d) Recours aux services chargés de traiter les problèmes liés aux drogues;
- e) Morbidité liée aux drogues;
- f) Mortalité liée aux drogues.

Si ces indicateurs furent retenus, c'est qu'ils concernaient des domaines dans lesquels on estimait qu'il était possible, du moins dans certains pays, de procéder à une collecte de données génériques; celles-ci, au demeurant, n'étaient pas censées constituer une base d'information exhaustive, capable de satisfaire la totalité des besoins en information à l'échelle régionale ou nationale.

Outre le consensus réalisé autour des principaux indicateurs de la consommation de drogues, les participants s'accordèrent sur les principes qui devaient guider la collecte des données. Une collecte cohérente devrait se fonder sur les grands principes ci-après:

a) Les données doivent être d'actualité et correspondre aux besoins des décideurs et des prestataires de services;

b) Quoique ne permettant pas, à eux seuls, de saisir les caractéristiques de la consommation de drogues dans toute leur complexité, les efforts entrepris aux fins d'améliorer la qualité et la comparabilité des données recueillies dans le monde devraient se fonder sur un nombre limité d'indicateurs et sur un ensemble de données judicieusement choisies et considérées comme prioritaires;

c) Les indicateurs simples de la consommation de drogues doivent être soigneusement analysés avant qu'on ne puisse en tirer des conclusions d'ordre stratégique. L'analyse et l'interprétation de données statistiques fondamentales se trouvent grandement renforcées quand elles sont associées à la recherche – qualitative aussi bien que quantitative – et quand elles peuvent s'appuyer sur des informations plus détaillées quant au contexte;

d) Les approches faisant appel à plusieurs méthodes et à plusieurs sources présentent un intérêt particulier pour la collecte et l'analyse des données sur la consommation de drogues et ses conséquences;

e) Pour garantir la fiabilité et la validité des données, la collecte doit se fonder sur des principes scientifiques et méthodologiques rigoureux;

f) Les méthodes employées doivent pouvoir être adaptées aux différentes cultures et au contexte dans lequel on les utilise;

g) La collecte, l'analyse et la communication des données doivent être aussi cohérentes que possible et pouvoir être comparées, afin de faciliter les échanges de vues fructueux sur les similarités, les différences et les évolutions constatées en matière de toxicomanie;

h) Les méthodes et les sources d'information utilisées doivent être clairement exposées et sujettes à réexamen;

i) La collecte et la communication des données doivent se faire dans le strict respect des normes admises en matière d'éthique de la recherche;

j) La collecte des données doit être réalisable et d'un bon rapport coût-efficacité, compte tenu du contexte national.

On sait que le seul choix de méthodes éprouvées ne suffit pas à améliorer la capacité de collecte des données. Encore faut-il créer des réseaux appropriés et se doter d'une organisation qui permette d'établir l'infrastructure nécessaire à la collecte des données. Il est donc besoin d'améliorer les capacités d'analyse et d'interprétation de l'information sur la consommation des drogues. Cela suppose que l'on usera simultanément de divers moyens: choix de méthodes éprouvées, recours à des spécialistes compétents et obtention des ressources appropriées. Pour garantir la durabilité et le succès des systèmes de collecte des données, il faut aussi prévoir la formation et le soutien technique nécessaires et s'assurer de la pérennité de l'appui politique et des investissements. Les montants investis dans la collecte de données doivent, certes, être raisonnables, compte tenu des ressources nationales, mais il faut bien comprendre qu'investir dans la collecte des données est une entreprise à la fois nécessaire et rentable, puisque cela permet de concevoir, de cibler et d'évaluer les autres investissements effectués au titre de la réduction de la demande.

La situation dans le monde en matière d'information sur les drogues

Les principes applicables à la collecte de données sur la consommation de drogues recensés lors de la réunion de Lisbonne furent transmis à l'Atelier mondial sur les systèmes d'information sur les drogues: activités, méthodes et options d'avenir, réunion d'experts représentant les systèmes d'information sur les drogues et les organismes internationaux pertinents, tenu à Vienne, du 3 au 5 décembre 2001. Fondé sur la collaboration et l'échange, cet atelier permit de faire le point sur les tendances les plus récentes en matière de consommation de

drogues, d'examiner l'éventail des méthodes utilisées par les réseaux épidémiologiques régionaux et de recenser les moyens de développer la méthodologie, de stimuler la collaboration future et d'améliorer les méthodes de travail [4]. Le bilan ci-dessous de la situation en matière de collecte des données est fondé sur les constats de cette réunion, ainsi que sur un certain nombre de rapports récents.

Ces dernières années, des progrès considérables ont été enregistrés dans l'élaboration de systèmes et de réseaux d'information. Les gouvernements – ceux des pays développés comme ceux des pays en développement – sont désormais plus convaincus de l'importance de ces activités; leurs investissements ont augmenté en conséquence. De nouveaux réseaux régionaux ont été constitués et les réseaux existants ont élargi le champ de leurs activités. Beaucoup ont adopté des approches analogues, souvent fondées sur des méthodes multi-indicateurs. Dans une certaine mesure, la similarité des approches adoptées reflète un consensus croissant quant à ce qui constitue une "bonne pratique" dans ce domaine. En outre, nombreux sont ceux qui adoptent des modes de notification communs, ce qui permet de mieux comparer les données sur le plan international. Ces activités ont permis d'améliorer, à la fois, la qualité et la quantité des informations sur la consommation de drogues.

L'un des éléments communs à l'établissement de la plupart des réseaux régionaux est le recours à des groupes d'experts techniques et à des centres de collecte de l'information, associé à l'usage d'indicateurs normalisés. Les réseaux régionaux rassemblent des pays qui partagent une même expérience et des problèmes semblables, ce qui facilite le partage des connaissances et l'élaboration de méthodes sensibles à la culture et au contexte local. On est parvenu à améliorer la capacité régionale de collecte de l'information en adoptant un processus qui reconnaît la nécessité de moduler la collecte des données en fonction des réalités nationales, tout en reconnaissant l'avantage des mesures harmonisées et des principes méthodologiques avérés. Le champ de la collaboration possible entre régions reste immense: partager les ressources techniques et l'expérience acquise, améliorer la coordination des travaux dans des domaines d'intérêt commun, étayer les progrès accomplis dans la conception d'approches communes et de mesures normalisées. La constitution de réseaux facilite également le dialogue entre les scientifiques et les décideurs, ce qui devrait permettre de garantir que la collecte des données répond aux besoins de ces derniers. Dans de nombreux pays, les décideurs sont aujourd'hui conscients de l'importance d'une information fiable – ainsi que de l'infrastructure nécessaire à son obtention.

Si les progrès réalisés sont évidents, de grandes tâches restent à accomplir. En particulier, l'une des priorités les plus pressantes va consister à mettre au point des méthodes de surveillance à faible coût à l'usage des pays en développement. Les enquêtes effectuées dans la population générale servent souvent d'étalon pour mesurer l'ampleur de l'abus des drogues, mais ce type d'enquêtes à grande échelle n'est pas une solution appropriée pour nombre de pays en développement, en raison de leur coût élevé et de la logistique qu'elles supposent. Qui plus est, ces techniques ne permettent pas d'évaluer avec précision la faible prévalence de la consommation problématique de drogues dans certains groupes marginaux, comme les

usagers des drogues par injection intraveineuse. On recourt de plus en plus fréquemment à d'autres techniques d'évaluation statistique pour estimer la prévalence parmi certains groupes marginaux, comme les héroïnomanes ou les injecteurs. Ces techniques semblent mieux adaptées à certains pays où le public répugne à répondre aux enquêtes, d'où le risque d'une sous-notification de l'abus de drogues. Il vaut la peine de puiser à l'expérience des pays qui se sont servis de mesures statistiques indirectes pour estimer la prévalence et élaborer des lignes directrices concernant l'application de ces techniques dans les régions en développement. L'un des domaines où l'on a enregistré des progrès considérables est celui des enquêtes en milieu scolaire. Grâce à une meilleure couverture mondiale et à la comparabilité des méthodes, cette source de données permet déjà de mieux comprendre les caractéristiques de l'abus des drogues à l'échelle mondiale. Ainsi, la Commission interaméricaine de contrôle de l'abus des drogues a fait des enquêtes en milieu scolaire l'une de ses priorités en matière de collecte des données dans les Amériques; tous les pays participants sont censés collecter les données selon un format uniforme [5]. Trente pays ont participé à la dernière collecte de données réalisée dans le cadre du Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues [6]. Le réseau d'information sur les drogues pour les Caraïbes prévoit de coordonner les enquêtes réalisées en milieu scolaire dans 10 pays au moins au cours de la période 2002-2003 [7]. On dispose également de données d'enquêtes en milieu scolaire effectuées dans plusieurs pays d'Asie [8]. À moyen terme, on devrait pouvoir améliorer sensiblement la couverture et la comparabilité des enquêtes en milieu scolaire; cette source d'information devrait donc jouer un rôle d'indicateur de plus en plus important aux fins des comparaisons internationales et de l'analyse des tendances. Notons cependant que les données tirées des enquêtes en milieu scolaire ne sont guère probantes quand il s'agit d'abus chronique ou problématique des drogues (usage d'héroïne par injection intraveineuse, par exemple), car ces modes de consommation ne commencent le plus souvent qu'une fois que les enfants ont quitté l'école; d'autre part, ils sont souvent le fait de jeunes qui ne vont plus à l'école (absentéisme répété, enfants des rues). L'amélioration de la couverture des enquêtes en milieu scolaire et des données qui en émanent se heurte à une autre difficulté: dans nombre de pays en développement, la scolarité n'est pas universelle et se termine souvent assez tôt. Il est donc besoin d'élaborer des stratégies pour améliorer la couverture des enquêtes menées en milieu scolaire ou dans la jeunesse (et la qualité des données que l'on en tire) dans les pays en développement, chaque fois que l'organisation des services éducatifs soumet l'approche méthodologique à des impératifs particuliers.

La notification de la fréquentation des centres de traitement de la toxicomanie reste un élément clef de la plupart des systèmes d'information sur les drogues. La comparabilité et la couverture de ces données se trouvent compliquées par l'hétérogénéité des traitements de la toxicomanie offerts par les différents pays. L'inclusion opportuniste des services médicaux et/ou psychiatriques dans la collecte des données a permis d'améliorer cette couverture dans de nombreuses régions; de même, la qualité et la comparabilité des données ont été bonifiées par

la collecte de ces données génériques et le recours à des critères diagnostiques standard. La collecte de données sur les traitements peut encore grandement progresser pourvu que l'on s'entende sur les définitions courantes et les bonnes pratiques méthodologiques et que l'on adapte les modalités de la collecte de données à l'usage des centres non spécialisés qui traitent les toxicomanes. Autre domaine de développement potentiel: l'intégration des méthodes de surveillance épidémiologique aux outils de gestion des cas cliniques. De nombreux pays ont déjà entrepris d'améliorer la collecte d'informations dans ces deux domaines. En termes de ressources, sans doute serait-il opportun, notamment dans les pays en développement, d'étudier les modèles qui proposent des données abrégées aux fins de la surveillance; celles-ci peuvent également permettre aux cliniciens de suivre les patients de leur service.

À l'exception des registres où l'on consigne la fréquentation des centres offrant des traitements spécialisés, très peu de régions disposent de données détaillées sur la morbidité et la mortalité liées aux drogues. On accorde une attention particulière à la surveillance du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres infections virales parmi les usagers des drogues par injection; cependant la couverture des données varie et il est grandement besoin d'améliorer la capacité de collecte des données dans les régions en développement. Il faudrait mettre au point des méthodes fiables et peu coûteuses pour estimer la prévalence de la toxicomanie par injection et les adapter aux besoins des régions en développement. Ce processus faciliterait l'estimation de la couverture – potentielle et réalisée – des interventions ciblant l'usage de drogues par injection intraveineuse. Il faudrait, en outre, concevoir des mécanismes permettant d'améliorer la sensibilité des systèmes d'information sur les drogues, de manière à pouvoir tenir compte de l'émergence de nouvelles populations d'injecteurs. Il faudrait également surveiller les comportements à risque, qui sont une source potentielle de contamination par le VIH.

Autre innovation: l'inclusion dans les systèmes d'information sur les drogues des résultats des tests pratiqués sur des détenus. C'est-là un indicateur relativement nouveau, qui joue un rôle important dans la définition des politiques à suivre, puisqu'il permet d'établir un lien entre caractéristiques de l'abus des drogues et comportements criminels. Les faits nouveaux intervenus dans l'Union européenne montrent également que l'on aurait tout intérêt à associer les données épidémiologiques aux données médico-légales sur la nature et la composition des substances disponibles sur le marché illicite. C'est un domaine qui a été peu exploré jusqu'ici, et quand, d'aventure, on recueille des informations à ce sujet, celles-ci ne sont généralement pas classées parmi les données tirées de la surveillance épidémiologique. Mais des progrès ont cependant été enregistrés et l'on se sert désormais de ces informations pour surveiller les tendances des nouvelles drogues de synthèse en Europe. Si l'on veut bonifier la collecte des données dans ce domaine, l'élaboration de normes éthiques s'impose en priorité, surtout en ce qui concerne les registres des toxicomanes recensés et les analyses biologiques dans les régions où l'on n'a pas encore institutionnalisé les procédures garantissant l'application de normes éthiques. Ce processus doit être étayé par

l'élaboration de directives éthiques sur la collecte d'informations concernant l'abus de drogues illicites.

Plusieurs mesures ont été recensées, qui devraient permettre de surmonter les difficultés liées à la collecte mondiale des données et de progresser encore dans ce domaine. Il faudrait notamment améliorer la collaboration interrégionale et, en particulier, encourager le partage des méthodes et des ressources entre les régions, pour parvenir à un consensus sur la notion de saines pratiques épidémiologiques en matière d'abus des drogues. Dans la façon d'aborder les problèmes éthiques liés à l'épidémiologie de l'abus des drogues, le partage des expériences permettrait d'aider à l'élaboration de normes éthiques sur la collecte de données sur la toxicomanie, en particulier dans les régions en développement, où ces normes ne sont pas encore institutionnalisées. D'une manière générale, les systèmes devraient élargir l'éventail de leurs sources d'information, notamment en ce qui concerne les données provenant de personnes vivant en milieu ouvert et les informations relatives à l'offre de drogues sur les marchés, afin de les rendre plus attentifs à l'émergence des nouvelles tendances de la toxicomanie. Enfin, un dialogue permanent entre décideurs et épidémiologistes devrait permettre d'établir un lien entre la collecte des données, la politique générale en matière de toxicomanie et la mise en œuvre des activités visant la réduction de la demande.

Conclusion

La collecte des données a fait de grands progrès ces derniers temps, non seulement en termes de couverture, mais aussi en ce qui concerne la qualité des données recueillies et leur possible utilisation dans la formulation des politiques à suivre. Le recours aux réseaux d'informations sur les drogues a joué, en l'occurrence, un rôle capital, puisqu'il a permis d'instaurer un dialogue entre les divers secteurs de la collectivité, ainsi qu'entre les différents pays et régions. On fait désormais un meilleur usage de certains indicateurs clefs de la consommation de drogues, les régions s'étant dotées de méthodes de collecte d'un meilleur rapport coût-efficacité, notamment pour les enquêtes en milieu scolaire et les procédures indirectes permettant d'estimer l'importance de l'usage problématique de drogues. Les réseaux ont joué un rôle crucial à cet égard en encourageant la collecte et l'interprétation systématiques des données provenant des services de traitement et autres. L'amélioration de la collaboration interrégionale et le partage connexe des ressources techniques faciliteront l'harmonisation des campagnes de collecte des données et la mise au point de méthodes de surveillance des tendances mondiales de la toxicomanie d'un bon rapport coût-efficacité.

Références

1. "Révision de la deuxième partie du questionnaire destiné aux rapports annuels: note du Secrétariat" (E/CN.7/2001/3), 5 février 2002, annexe
2. Nations Unies, "Situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues, et en particulier la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome

- d'immunodéficience acquise (VIH/sida) par injection de drogues: rapport du Secrétariat" (E/CN.7/2002/2), 10 janvier 2002.
3. Nations Unies, "Drug information systems: principles, structures and indicators" (E/CN.7/2000/CRP.3), 3 mars 2000.
 4. *Atelier mondial sur les systèmes d'information sur les drogues: Activities, Methods and Future Opportunities*, Vienne, 3-5 décembre 2001.
 5. Organisation des États américains, Inter-American Drug Abuse Control Commission, *Evaluation of Progress in Drug Control: Rapport hémisphérique pour 1999-2000*, (Washington, D.C., 2000).
 6. B. Hibell et al., *Rapport pour 1999 du Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues: enquête parmi les étudiants de 30 pays européens* (Stockholm: Comité suédois pour les problèmes d'alcool et de drogues (CAN), et Strasbourg: Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, 2000).
 7. *First Stakeholders' Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project: Meeting Highlights*, Trinidad, 23-25 Juillet 2001.
 8. Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, Bureau régional pour l'Asie du Sud, *South Asia Demand Reduction Report* (New Delhi, 2000) (E/CN.7/2003/4, en anglais seulement).

L'influence de l'épidémiologie sur les politiques de contrôle des drogues

D. F. MUSTO

*Département de psychiatrie, Université de Yale, New Haven, Connecticut
(États-Unis d'Amérique)*

Z. SLOBODA

*Institute for Health and Social Policy, Université d'Akron, Ohio
(États-Unis d'Amérique)*

RÉSUMÉ

L'évolution des caractéristiques de l'abus de drogues, aux États-Unis d'Amérique et dans le reste du monde, depuis un siècle, laisse présager ce qui nous attend au XXI^e siècle et dans le nouveau millénaire dans les domaines de la prévention et du traitement de la toxicomanie. Pour la première fois, les professionnels chargés de ces questions sont prêts à faire face au défi qui les attend. De nos jours, les spécialistes ne sont plus tenus de fonder leurs recherches sur les idéologies en vigueur. Ils disposent désormais d'une vaste somme de connaissances fondées sur la rigueur scientifique. Si la recherche tire le plus souvent son origine de projets lancés et appuyés aux États-Unis, une infrastructure de plus en plus solide et un certain nombre de réseaux interactifs permettent d'incorporer le fruit des recherches entreprises dans d'autres pays à cette somme de connaissances. Ces travaux de recherche et ces réseaux connexes aideront ceux qui se sont voués à protéger les générations futures des conséquences psychologiques, physiologiques et sociales dévastatrices de l'abus de drogues illicites et du fléau de la dépendance. Pour bien comprendre l'état actuel des connaissances en matière d'épidémiologie de la toxicomanie, il faut passer en revue les critères qui ont amené à considérer l'abus de drogues comme dangereux et illicite. Les efforts entrepris pour étudier l'abus de drogues en s'appuyant sur une infrastructure conçue pour étayer la recherche épidémiologique et autre, celle en particulier qui porte sur la consommation de marijuana et d'héroïne (qui dominèrent toutes deux, pendant de longues décennies, les travaux de recherche entrepris aux États-Unis), sont nés des préoccupations relatives aux effets néfastes de l'abus. Ces travaux permirent d'informer à bon escient ceux qui étaient chargés d'élaborer les politiques de répression et de réduction de la demande. Dans le présent article, nous donnons un aperçu de l'évolution historique des systèmes de données épidémiologiques aux États-Unis. Dans le développement qui suit, nous passons en revue les moyens qui devraient nous permettre de poursuivre cette tâche de manière que l'épidémiologie puisse continuer à influencer sur l'élaboration des politiques.

Mots clefs: Historique de l'abus des drogues et des politiques connexes aux États-Unis; recherche épidémiologique et politique de recherche (leurs rôles respectifs; la formation)

Aperçu historique

Tout au long du XX^e siècle, les responsables politiques se sont servis des statistiques – souvent épidémiologiques – pour étayer leur action [1]. Ils ont commandité des enquêtes, aux fins de pouvoir quantifier un problème ou pour se faire une idée de son étendue dans le pays. Comparées à celles d'aujourd'hui, ces enquêtes étaient modestes. Dans le premier quart du XX^e siècle, les services pharmaceutiques et de santé publique des États-Unis d'Amérique ont réalisé des enquêtes prudentes et rationnelles parmi les usagers de drogues.

Une autre méthode employée à l'époque consistait à manipuler les statistiques, voire à en fabriquer, pour justifier des politiques déjà en place ou pour sensibiliser le public de manière à favoriser l'adoption de lois rigoureuses sur le contrôle des drogues. La bataille autour de la légitimité et de l'interprétation des données épidémiologiques fut rude; à la longue, les spécialistes finirent par l'emporter.

À la fin du XIX^e siècle, on se préoccupait beaucoup aux États-Unis de l'effet des drogues sur la société, car cela faisait plusieurs décennies que l'on avait facilement accès à la morphine et à la cocaïne. Le mouvement de tempérance qui naquit au début du XX^e siècle réussit, en 1919, à faire voter la prohibition par le biais d'un amendement à la Constitution. Un même sentiment de rejet prévalait alors à l'égard des stupéfiants. Le Gouvernement des États-Unis soutenait que l'usage non médical de drogues devait être prohibé; il s'employa à en convaincre d'autres pays. Deux difficultés surgirent alors. D'abord, c'est à d'autres pays qu'il appartiendrait, pour l'essentiel, de contrôler la production de drogues, car celles qui préoccupaient le plus le Gouvernement des États-Unis n'étaient guère produites dans le pays. Restait ensuite à convaincre le Congrès des États-Unis de promulguer une loi réglementant l'offre de drogues sur le marché; mais nombre de législateurs estimaient que la Constitution ne permettait pas au Gouvernement de le faire. Il apparut qu'une campagne s'imposait, qui permettrait de convaincre les membres du Congrès et le public de la nécessité de promulguer une loi réglementant la vente de drogues à des particuliers.

Aux États-Unis, la manipulation des statistiques se produisit assez tôt, principalement du fait de Hamilton Wright, nommé Commissaire à l'opium. En 1908, Wright fit partie de la délégation des États-Unis à la première conférence internationale chargée d'envisager un contrôle des opiacés. À l'issue de cette conférence, connue depuis sous le nom de Commission internationale de l'opium, Wright entreprit d'élaborer une législation nationale antidrogue. Travaillant au Département d'État, il lui fallut tourner l'obstacle de la Constitution, qui laissait aux différents États le soin de réglementer les pouvoirs de police et le contrôle des professions de santé. Les États du Sud, en particulier, étaient très fermement opposés à tout projet conçu comme empiétant sur les droits des États. Wright alla jusqu'à prendre contact avec des journaux du Sud, les exhortant à publier des articles alarmants selon lesquels les Afro-américains usaient de la cocaïne, ce qui pouvait les rendre fous furieux [2]. Wright exagéra aussi les quantités d'opium importées aux États-Unis. En fait, le volume des importations par habitant avait baissé

depuis le milieu des années 1890. Mais en manipulant les chiffres des importations dans les rapports qu'il adressait au Président des États-Unis et au Congrès, Wright donnait l'impression que l'usage de l'opium augmentait [3].

En fin de compte, le projet de loi connu sous le nom de Harrison Narcotics Tax Act, que Wright avait négocié avec l'industrie pharmaceutique, fut adopté et promulgué en décembre 1914. En 1916, la Cour suprême des États-Unis estima qu'en vertu de la Constitution la loi Harrison ne pouvait fixer de limites aux quantités d'opiacés et de cocaïne prescrites par les médecins [4]. Pour les tenants de la loi Harrison, cette décision édulcorait la loi et compliquait considérablement la limitation des cures d'entretien aux opiacés. Une campagne fut lancée, qui visait à revenir sur l'interprétation de la loi. Une Commission d'enquête spéciale fut créée au sein du Ministère des finances (chargé de faire appliquer la loi Harrison), qui reçut pour mission d'évaluer le nombre de toxicomanes vivant aux États-Unis. La Commission conclut qu'on dénombrait un million d'usagers de drogues dans le pays et que l'usage de stupéfiants amenait les toxicomanes à perpétrer des actes criminels [5]. La Commission multiplia par cinq le nombre d'usagers de drogues estimé à l'issue d'enquêtes précédentes, plus sérieuses. L'objet de cette manœuvre était de présenter l'usage de drogues comme un problème national urgent exigeant une intervention énergique du gouvernement fédéral. On ignore si la Cour suprême se laissa convaincre par ces arguments. Toujours est-il qu'en mars 1919 la Cour suprême revint effectivement sur sa position et déclara qu'un simple entretien à l'opium, c'est-à-dire une toxicomanie sans lien aucun avec une maladie telle que le cancer, était illégal [6]. Cette décision consacrait formellement la politique américaine en matière de drogues comme opposée à tout usage autre que médical, position déjà soutenue lors de la conférence de Shanghai, en 1919, et à la seconde Conférence internationale sur l'opium, tenue à La Haye en 1912, où le premier traité international de contrôle des opiacés et de la cocaïne avait été conclu.

Une fois l'opposition aux cures d'entretien officiellement adoptée, l'organe de répression du Gouvernement, connu sous le nom de Field Force of the Bureau of Narcotics, entreprit de minimiser la portée du problème des drogues; l'estimation de la Commission d'enquête spéciale, qui avait dénombré un million de toxicomanes dans le pays, fut ramenée à 100 000 [7]. Mais peu après, certains entrepreneurs, adversaires déclarés des drogues, comme Richmond Pearson Hobson, portèrent à nouveau cette estimation à un million [8]. Hobson, ancien membre du Congrès et héros de la guerre hispano-américaine créa des comités antidrogue – nationaux et internationaux – qui réclamaient l'application de peines sévères aux usagers des drogues, l'introduction de cours de prévention de la toxicomanie dans les écoles et une sensibilisation du public aux risques liés à l'usage de drogues. Contrastant avec les assertions de Hobson, les services de santé publique épluchèrent soigneusement les données disponibles et estimèrent la prévalence nationale à 110 000 [9]. Mais bien que sérieux et discrets, ces travaux de recherche retinrent moins l'attention que les vociférations de ceux qui estimaient à un million le nombre de toxicomanes dans le pays.

En 1930, le Bureau of Narcotics (bureau fédéral des stupéfiants) fut créé au sein du Ministère des finances; il succédait à la Field Force chargée, depuis 1919,

de faire appliquer la loi Harrison. Le dénombrement des toxicomanes vivant aux États-Unis continua d'être débattu et de soulever les polémiques. Dans une interview de 1970, Harry J. Anslinger, qui fut commissaire au Bureau of Narcotics de 1930 à 1962, discutant de façon informelle de la question du dénombrement de toxicomanes, déclara qu'il ne fallait en aucun cas confier à une entité indépendante le soin d'estimer leur nombre, car c'est là une prérogative du Bureau fédéral des stupéfiants. Ce chiffre, disait-il, "c'est de la dynamite": si le nombre des toxicomanes augmente, c'est que le Bureau of Narcotics ne fait pas son travail, mais s'il diminue, son budget sera réduit. Selon le Bureau des stupéfiants, il y avait entre 80 000 et 100 000 usagers de drogues dans le pays [10]. Les remarques désinvoltes d'Anslinger illustrent bien l'impact politique des données épidémiologiques et de leur interprétation. En effet, les données épidémiologiques peuvent réserver des surprises aux décideurs politiques, saper les plans les mieux conçus ou réfuter les allégations de ceux qui prétendent avoir remporté des succès dans la lutte antidrogue. La façon dont les épidémiologistes sont venus à bout de l'antipathie qu'on leur manifestait a marqué un tournant décisif dans l'élaboration des politiques nationales.

En 1968, le Gouvernement des États-Unis procéda à un certain nombre de remaniements; en particulier, le Bureau of Narcotics, qui dépendait jusque-là du Ministère des finances, fut placé sous la tutelle du Ministère de la justice. Cette décision s'expliquait en partie par la progression abrupte de l'usage des drogues aux États-Unis dans la seconde moitié des années 60. Dans l'intervalle entre deux "épidémies", soit entre 1920 et le milieu des années 60, le nombre des toxicomanes avait plutôt stagné; mais cette accalmie fut suivie d'une hausse spectaculaire de l'usage. Le public exigea que l'on se préoccupe de l'augmentation sensible de l'usage de drogues, dont l'héroïne, le cannabis et le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD). Les craintes du public et les signes d'une recrudescence de l'usage de drogues amenèrent à revoir les estimations du nombre de toxicomanes, traditionnellement modeste. Les statisticiens de la nouvelle agence, rebaptisée Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, conclurent qu'il y avait dans le pays quelque 300 000 usagers confirmés des drogues. On prit soin de souligner que ce chiffre ne traduisait pas une brusque aggravation de la toxicomanie, mais simplement le fait que les anciennes estimations avaient péché par excès de modestie [11]. Les fonctionnaires se mirent en quête d'une méthode d'estimation plus fiable du nombre des toxicomanes.

L'arrivée au pouvoir de critiques de longue date du Bureau of Narcotics, en particulier des juristes et des médecins qui n'admettaient pas ce qu'ils considéraient comme une approche exagérément punitive, marqua, elle aussi, une étape importante. Ceux-ci militaient pour que l'on considérât désormais la toxicomanie comme un problème d'ordre médical; ils souhaitaient donc offrir des traitements, voire fournir les stupéfiants aux patients [12]. Dans un tel contexte, il n'y avait plus de politique traditionnelle à défendre. En outre, les adversaires du Bureau of Narcotics proclamaient depuis longtemps que celui-ci sous-estimait le nombre des toxicomanes. Compte tenu des appréhensions de la collectivité et de la refonte des services publics concernés, l'introduction de méthodes d'enquête modernes sembla représenter un progrès.

Une nouvelle loi promulguée en 1970 (Comprehensive Drug Abuse and Control Act) prévoyait notamment la création d'une Commission nationale sur la marijuana et l'abus des drogues, qui serait chargée de faire rapport sur la marijuana en 1972, et sur l'ensemble des drogues en 1973 [13]. Cette Commission aurait pour mission d'évaluer, en toute connaissance de cause et en toute indépendance, l'étendue du problème de la toxicomanie. Plutôt que de confier cette tâche à un organisme d'État, entravé par la politique, la bureaucratie, les controverses et les animosités d'ordre personnel, on entendait la confier à un groupe indépendant, chargé d'étudier, d'un regard neuf, le problème des drogues sous toutes ses facettes. La Commission reconnut d'emblée qu'on ne disposait pas de statistiques fiables sur l'étendue de l'usage de drogues. De ce fait, une enquête nationale auprès des ménages sur l'abus des drogues fut lancée. Elle révéla un usage croissant de la marijuana dans la jeunesse et les signes d'une augmentation des abus d'héroïne. Au début des années 70, le niveau d'abus de la cocaïne était peu élevé. Mais ce qui comptait davantage que les niveaux d'abus, c'est qu'on avait mis en place un mode d'évaluation plus fiable de l'usage. Depuis sa création en 1974, c'est le National Institute on Drug Abuse qui mène les enquêtes nationales auprès des ménages: celles-ci touchent 98 % environ des ménages des États-Unis.

L'enquête *Monitoring the Future*, qui complète l'enquête nationale auprès des ménages, est réalisée depuis 1975 par l'Université du Michigan, grâce à une subvention du National Institute on Drug Abuse. Elle permet de contrôler l'abus des drogues dans un échantillon représentatif d'écoles secondaires de l'enseignement public et privé, parmi les élèves de 8^e, 10^e et 12^e année d'études, âgés de 17 à 18 ans.

La Commission nationale sur la marijuana et l'abus des drogues a publié des rapports intitulés, respectivement, *Marihuana: a signal of misunderstanding* (Marijuana: le signe d'un malentendu), paru en 1972, et *Drug use in America: problem in perspective* (L'usage de drogues en Amérique: les véritables dimensions du problème), publié en 1973. Le rapport sur la marijuana recommandait la dépénalisation de cette substance, point de vue qui se heurta à une forte opposition du président Richard Nixon; mais l'étude de la Commission nationale fut un modèle d'analyse scrupuleuse du problème de la toxicomanie, à une époque et dans un climat où les drogues et leurs usagers soulevaient les passions.

D'autres systèmes de surveillance furent mis en place dans les années 70, dont le Drug Abuse Warning Network (DAWN) (réseau d'alerte en matière d'abus de drogues), qui fait rapport sur l'abus des drogues parmi les personnes (ou "sentinelles") chargées de surveiller les services d'urgence des hôpitaux, et ce qu'on appelle aujourd'hui le Community Epidemiology Work Group, un groupe de chercheurs qui, deux fois par an, font rapport sur les caractéristiques de l'abus des drogues, utilisant pour ce faire des ensembles de données existants sur les traitements et les arrestations, ainsi que des ensembles de données médicales et autres, recueillies dans un certain nombre de villes des États-Unis. Le lancement de l'enquête nationale auprès des ménages et celui de l'enquête *Monitoring the Future*, ainsi que la mise en place de DAWN et du Community Epidemiology Work Group, ont permis, depuis plus de deux décennies, d'obtenir

les meilleures informations possibles sur les nouvelles tendances de l'abus des drogues et les problèmes connexes.

Preuve de sa confiance dans la recherche épidémiologique contemporaine, le Congrès a décrété que la stratégie nationale formulée par l'Office of National Drug Control Policy [14] dans la loi portant création de l'ONDCP devrait contenir des critères de progrès pouvant être mesurés par des outils tels que l'enquête nationale auprès des ménages. Plus précisément, la loi oblige la stratégie nationale de contrôle des drogues à se fixer des objectifs d'ensemble à long terme, fondés sur les résultats de la recherche, visant à faire baisser l'abus des drogues aux États-Unis, ainsi que des objectifs mesurables à court terme, dont le Directeur de la stratégie estime qu'ils peuvent raisonnablement être atteints. Les hypothèses qui sous-tendent ces mandats, à savoir que l'on peut déterminer l'usage des drogues avec un certain degré de fiabilité et mesurer l'efficacité des politiques mises en place, sont très éloignées des conceptions qui prévalaient dans les premières années de la campagne antidrogue. La manipulation, voire la fabrication des statistiques au début du XX^e siècle contraste grandement avec la situation actuelle, où des enquêtes indépendantes permettent de tempérer les attentes des décideurs politiques. Ce changement de démarche représente un progrès considérable pour la recherche scientifique impartiale. C'est un hommage rendu aux chercheurs dont le travail méticuleux a su gagner la confiance du législateur.

Améliorer l'influence de la recherche épidémiologique sur les politiques de contrôle des drogues

En dépit des efforts déployés par les dirigeants politiques pour fonder leurs stratégies antidrogue sur les connaissances et les informations existantes, et malgré les découvertes avérées de l'épidémiologie, les différents points de vue exprimés par les décideurs et les scientifiques à propos de l'abus des drogues compliquent le dialogue. À long terme, tout programme d'action visant la réduction des abus se trouve entravé par ces divergences de vues.

Faciliter le dialogue entre les dirigeants politiques et les chercheurs engagés dans l'épidémiologie de l'abus des drogues suppose que l'on sache établir entre eux des lignes de communication et instaurer un climat de compréhension mutuelle. Les orientations de chacun de ces deux groupes peuvent cependant empêcher de tels échanges. Le rôle du décideur politique est d'établir un programme d'action visant la résolution d'un problème d'intérêt public. Et même s'il comprend les difficultés des scientifiques, il se sent tenu de résoudre rapidement les problèmes, ou d'en atténuer la gravité dans les plus brefs délais. L'épidémiologiste, en revanche, cherche à approfondir ses connaissances et n'est pas soumis aux mêmes impératifs politiques, ni aux mêmes contraintes de temps que le dirigeant politique. Ces différences déterminent, dans une large mesure, la façon dont chacun des deux groupes conçoit le problème de l'abus des drogues, le choix des méthodes choisies pour recueillir les informations nécessaires à l'évaluation du problème et l'interprétation des résultats de la collecte de données.

Définir le phénomène de l'abus de drogues

Les différences manifestes entre les orientations professionnelles du décideur politique et celles de l'épidémiologiste peuvent se traduire par des postulats incompatibles, sources de désaccords et de malentendus. Le responsable politique projette les opinions et les valeurs de ses mandants. Il est d'ailleurs fréquemment forcé de jongler avec les différents points de vue de son électorat. C'est à l'épidémiologiste qu'il demande de l'aider à donner une définition du phénomène ou du problème qui l'occupe. Toutefois, le responsable politique doit inscrire cette définition dans un cadre de référence qui reflète les valeurs de ses mandants. La définition d'un phénomène tel que la toxicomanie implique deux volets distincts: *a*) son étiologie ou sa cause, et, *b*) la responsabilité individuelle. Définir les problèmes est important puisque ce sont ces définitions qui mettent la société sur la voie des solutions à retenir. L'étiologie de l'abus des drogues comporte de multiples facteurs. Selon les chercheurs contemporains, la toxicomanie est un comportement résultant d'un développement incomplet ou inadapté dans les domaines physiologique, psychologique ou social. Faute des connaissances issues de la recherche dont on dispose aujourd'hui, l'abus de drogues a longtemps passé pour un problème d'ordre moral ou pénal, voire pour un trouble relevant de la médecine. Quand elle était convaincue que l'abus de drogues est un problème d'ordre moral ou pénal, la société faisait emprisonner les toxicomanes; mais quand elle partait du principe qu'il faut y voir une pathologie relevant de la médecine, elle les faisait soigner.

L'autre volet indispensable à la définition de la toxicomanie, celui de la responsabilité individuelle, consiste à évaluer la mesure dans laquelle les comportements impliquant l'abus des drogues sont fondés sur la volition. Parmi les questions les plus fréquemment posées figure celle de savoir si les toxicomanes sont des victimes ou s'ils sont responsables de leurs actes. Là encore, la société répond différemment selon les cas. La vigueur des interventions varie selon la conception que la société ou le responsable politique se fait de l'usage des drogues. Dans l'idéal, la recherche scientifique est, par nature, neutre et exempte de toute notion de valeur; c'est dire qu'elle ne blâme ni n'excuse les toxicomanes. La communauté des chercheurs constitue un groupe social fondamental. L'épidémiologiste se soucie au premier chef de pratiquer une science "bénéfique". Les comportements comme la toxicomanie sont définis en fonction de ce que l'épidémiologiste observe – aussi bien à propos de ces conduites qu'en ce qui concerne leur articulation avec les autres facteurs de vie. C'est ce qui lui permet de présenter un tableau impartial et exhaustif des comportements impliquant l'usage de drogues. En mesurant l'importance de ces comportements dans la population générale, l'épidémiologiste est en mesure de déceler les points de concentration de la toxicomanie, les facteurs qui y sont associés et les conséquences qui en découlent. Un épidémiologiste aura tendance à voir dans l'abus de drogues une manifestation de comportements pluridimensionnels et dynamiques à l'étiologie variée et aux conséquences diverses. En fait, il est guidé par des principes scientifiques et par la rigueur qu'exige son domaine de spécialisation. Se servant des résultats de la recherche, qu'il échange

volontiers avec ses pairs, il ne considère pas la toxicomanie comme un phénomène statique et homogène, mais plutôt comme un phénomène évolutif, multiforme, aux étiologies diverses, qui peuvent d'ailleurs varier au cours de la vie de l'intéressé.

Méthodes de recherche

Vu les besoins et les difficultés exposés ci-dessus, il n'est pas surprenant que le choix des méthodes de recherche soit à l'origine de graves dissensions entre le responsable politique et l'épidémiologiste. Le premier a besoin d'informations pour planifier son action dans tels domaines particuliers et de mesures qui reflètent l'efficacité des stratégies utilisées. Pour des raisons d'ordre politique, il lui faut, à court terme, des résultats probants. Ainsi, les décideurs politiques ont coutume de se servir des taux de prévalence pour évaluer l'impact des stratégies de réduction de l'offre et de la demande, mais ils peuvent toutefois se montrer impatients dès lors que, par souci de précision, on procède au "nettoyage" de bases de données considérables, ce qui prend un certain temps; or ce temps, ils ne l'ont pas. En outre, dans le cas d'un phénomène tel que l'abus de drogues, souvent occulté et toujours stigmatisé, il importe de disposer de plusieurs systèmes de données pour "saisir" le toxicomane difficile à cerner. Ces systèmes sont à la fois onéreux et difficiles à intégrer. Là encore, les techniques qui prennent du temps ne satisfont pas toujours les besoins du décideur politique.

L'épidémiologiste, lui, s'attache à la dimension scientifique du problème. Pour obtenir des mesures valides d'une observation ou d'une variable, il s'efforce de définir tous les paramètres pertinents ou toutes les dimensions de cette variable. Dans certains cas, la mesure est aisée, mais dans d'autres, la mise au point d'un système de mesure peut se révéler compliquée. Ainsi, il est important de préciser plusieurs paramètres nécessaires à la mesure des comportements liés à l'abus de drogues. Ces paramètres doivent, au minimum, comprendre le type de drogue consommé et la fréquence de l'usage dans un intervalle de temps spécifique.

Parmi les méthodes qui permettent de recueillir des informations sur l'abus de drogues, citons:

- a) Les analyses secondaires de données tirées des dossiers (fiche d'arrestation, admission dans un service médical, admission dans un centre de traitement des toxicomanies);
- b) Les données tirées des études de laboratoire, des études ethnographiques et des groupes de discussion;
- c) Les entretiens avec des usagers de drogues ainsi qu'avec des personnes non toxicomanes ayant des antécédents analogues;
- d) Les enquêtes auprès des ménages et en milieu scolaire.

L'épidémiologiste recourra à l'une ou l'autre de ces techniques en fonction de divers facteurs: question à traiter; existence d'un corpus d'informations propre à le guider dans l'élaboration d'un mode d'approche; critères régissant le choix des données à retenir et instruments connexes; et contraintes en matière de financements

et de délais. L'épidémiologiste pèse les avantages et les inconvénients des différentes approches possibles ainsi que le degré de précision qu'il peut raisonnablement escompter, compte tenu des ressources dont il dispose. Il est souvent amené à faire des compromis. Ainsi, il se peut que les études longitudinales fondées sur des cohortes séquentielles soient l'outil idéal pour étudier l'étiologie de comportements impliquant l'abus de drogues; cependant elles sont onéreuses et prennent de longues années. Plutôt que d'y recourir, l'épidémiologiste optera peut-être pour une approche transversale qui requiert la sélection soigneuse des témoins, des mesures systématiques et le recours à diverses techniques statistiques, afin de s'assurer que l'enchaînement des événements est structuré de façon à aller de pair avec la relation temporelle entre les variables.

Aux États-Unis, plusieurs systèmes nationaux de données ont été élaborés pour mesurer, dans différents groupes de population, l'importance des comportements impliquant un abus de drogues. Les données de prévalence "vraies" sont fondées sur l'enquête nationale auprès des ménages sur l'abus des drogues et sur l'enquête *Monitoring the Future*.

Parmi les autres systèmes de données qui fournissent des informations précieuses sur l'abus de drogues, citons*:

- a) Le réseau DAWN;
- b) L'enquête nationale sur le traitement des drogues et de l'alcoolisme et le système de données sur les bénéficiaires;
- c) Le Programme de contrôle de l'abus des drogues chez les personnes arrêtées (antérieurement connu sous le nom d'Étude prévisionnelle de l'abus des drogues).

Des descriptions de ces systèmes de données permettent de mettre en relief la vaste somme de données collectées et d'indiquer les différentes catégories de populations enquêtées.

Les données concernant les personnes arrêtées ou les individus en quête de soins médicaux ou d'un traitement ne représentent pas une prévalence, mais la conséquence de l'abus des drogues dans la société. Toutefois, les responsables politiques confondent souvent ces deux notions et il n'est pas rare de les voir utiliser les tendances révélées par des données indirectes, comme les admissions dans les services d'urgence, pour montrer l'évolution des tendances de l'abus de drogues. Vers la fin des années 80 et au début des années 90, par exemple, les taux d'occupation des salles d'urgence pour des causes liées aux drogues augmentaient aux

*Le réseau DAWN évalue actuellement la fréquentation des services d'urgence dans un échantillon représentatif d'hôpitaux des États-Unis. Ce réseau inclut aussi un programme de notification volontaire de la mortalité liée à la toxicomanie, fondé sur les informations communiquées par les médecins légistes de plus d'une vingtaine de villes du pays. L'enquête nationale sur le traitement des drogues et de l'alcoolisme et le système de données sur les bénéficiaires de services médico-sociaux comprennent des données sur les établissements qui offrent un traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme et sur les admissions. Jusqu'en octobre 1992, ces deux systèmes relevaient de l'Institut national sur l'abus des drogues; ils furent ensuite placés sous la tutelle de la Direction des services de la santé mentale et de la prévention et du traitement de l'abus des drogues des États-Unis. Enfin, le Programme de contrôle des abus de drogues chez les personnes arrêtées étudie l'abus des drogues dans un échantillon représentatif de personnes arrêtées, dans divers centres de détention du pays, par le biais de déclarations volontaires et d'analyses d'urine. Ce système de données est appuyé par l'Institut national pour la justice du Ministère de la justice des États-Unis.

États-Unis, alors que les taux de prévalence, tels que révélés par l'enquête nationale auprès des ménages sur l'abus des drogues et l'enquête *Monitoring the Future*, diminuaient. Plusieurs responsables politiques récuserent les résultats des enquêtes dans la population générale, se servant des données concernant les admissions dans les services d'urgence pour appuyer leur contestation. Et c'est aux épidémiologistes qu'il appartient d'exposer les différences entre les systèmes.

Les décideurs politiques ont besoin de réponses immédiates; pour les obtenir, il leur arrive de recourir à des méthodes de recherche douteuses. Mais vu les convictions des épidémiologistes, il n'est donc pas surprenant que ceux-ci hésitent à fournir des réponses rapides aux responsables politiques avant d'être sûrs d'avoir bien compris la question posée et de pouvoir assortir les informations qu'ils leur communiquent des mises en garde qui s'imposent. En ce qui concerne la fréquentation des services d'urgence des hôpitaux, par exemple, les rapports parviennent souvent avec 3 à 6 mois de retard. À l'époque où le nombre des consultations d'urgence liées à l'abus d'héroïne et de cocaïne augmentait, les responsables politiques surveillaient régulièrement le système. Ayant besoin de réponses immédiates, ils recouraient parfois, pour traiter un problème, à des méthodes de remplacement d'une moindre efficacité. Un jour, plutôt que d'attendre la parution des rapports, ils parrainèrent un sondage par téléphone auprès d'un certain nombre de services d'urgence afin de savoir si le nombre de consultations liées à l'usage de drogues augmentait. Ce sondage leur en apprit beaucoup sur les façons de voir des enquêtés, mais presque rien sur les données objectives tirées des graphiques médicaux. Ses conclusions révélèrent des contradictions que les décideurs eurent bien du mal à élucider.

Les épidémiologistes vont devoir mettre au point des méthodologies rapides à l'usage des responsables politiques. Celles-ci pourraient inclure des procédures statistiques permettant l'analyse des archives existantes et des données tirées d'enquêtes déjà réalisées. Bien que les éléments de données ne fournissent pas les mesures les plus précises, elles permettent l'approximation ou l'évaluation indirecte de l'information souhaitée. En outre, l'adoption de nouvelles méthodes permettant l'analyse de plusieurs ensembles de données ou d'un certain nombre d'enquêtes serait d'une aide précieuse pour les responsables politiques. Enfin, pour aider le législateur, les épidémiologistes vont devoir user d'approches novatrices, comme de recourir aux groupes de discussion ou à d'autres méthodes éprouvées, mais pas forcément conventionnelles.

L'interprétation des informations

Pour tirer des conclusions des données de la recherche et les interpréter d'une façon qui permette aux hommes politiques de fonder leur action, il faut comprendre le langage des chercheurs, ainsi que les limites bien circonscrites de tout ensemble de données. L'interprétation des données devient ainsi, pour l'épidémiologiste comme pour le responsable politique, une "zone à risque". D'importantes questions se posent quant à la signification des données et à l'utilité des résultats obtenus pour l'action politique. Les tests de signification (ou tests d'hypothèse),

les tendances, leur direction et leur ventilation sont interprétés en fonction de deux cadres de référence différents. L'épidémiologiste rattache les résultats de la recherche à des questions spécifiques, soigneusement formulées. Les éléments concernant le choix de l'échantillon, la construction des variables et la méthode de collecte des données sont dûment intégrés aux fins de pouvoir traiter ces questions. Une certaine marge de manœuvre est tolérée, mais la formation même de l'épidémiologiste lui impose une discipline qui constitue, en soi, une limite.

N'étant pas motivé par une perspective épidémiologique, le responsable politique peut ne pas bien comprendre les limites imposées par la science et, pressé par le temps, il risque, pour satisfaire des besoins immédiats, d'exagérer la portée des conclusions dont il a eu connaissance. Parmi les manquements les plus fréquemment commis par les décideurs, citons la généralisation (appliquer les résultats d'une enquête portant sur un groupe donné à un autre groupe, totalement dissemblable), l'utilisation de seuils de signification statistique dépassant celui, conventionnel, de 95 %, et le fait d'élargir la définition d'une variable ou d'exagérer le lien entre plusieurs variables.

Si l'épidémiologiste s'intéresse surtout à la signification statistique des différences entre les taux de prévalence à différentes périodes, le responsable politique se préoccupera davantage des différences constatées dans le nombre absolu d'utilisateurs. Cela pose un problème quand ces données sont tirées d'échantillons de populations, en particulier de données d'enquêtes qui requièrent des procédures d'imputation et de pondération. Un différend peut surgir quant à l'interprétation que le décideur politique donne des différences observées dans le temps quand celles-ci n'ont aucune signification statistique pour l'épidémiologiste. Le responsable politique notera qu'une quelconque tendance se manifeste, alors que pour l'épidémiologiste, aucun changement notable ne sera enregistré.

La question de la signification statistique présente d'épineuses difficultés car il n'existe pas de règles bien définies quant à ce qui constitue la signification. Le plus souvent, c'est la raison qui prévaut. En fixant ses seuils de signification, l'épidémiologiste tient compte d'un certain nombre de facteurs, dont, notamment, l'hypothèse dont il doit évaluer le bien-fondé, la taille de l'échantillon et le type de mesure effectuée. En vérifiant une hypothèse ou la corrélation entre des mesures, l'épidémiologiste peut appliquer des critères rigoureux à tel seuil de signification admis. Les corrélations entre les mesures que l'épidémiologiste vérifie sur le plan statistique, et qu'il ne trouve pas significatives, seront peut-être jugées importantes par le responsable politique. Ainsi, lorsqu'il entreprend d'évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention, l'épidémiologiste jugera ce programme infructueux s'il relève, à propos de l'usage de drogues, par exemple, des différences trop marquées, comme un seuil de signification supérieur à 95 %, susceptible d'influer sur le contrôle et les conditions de l'expérience. Le responsable politique, en revanche, considérera ce programme comme un succès, car la différence (en pourcentage) entre ces deux conditions représente des vies humaines sauvées ou une baisse du nombre des hospitalisations ou des incarcérations. Dans ce cas, les divergences d'interprétation entre l'épidémiologiste et le décideur politique déboucheront sur un conflit. Il importe de se souvenir que le seuil de signification statistique est une

création du cerveau humain et que, dans le monde réel, on est bien obligé de tenir compte de toutes les données émanant de la recherche.

Recommandations pour une politique fondée sur la recherche

Seuls le respect et la confiance mutuels permettent de résoudre de tels conflits. Ce qui compte, en l'occurrence, c'est la communication, c'est de saisir ce dont le responsable politique a besoin et de comprendre comment la recherche pourrait l'aider à atteindre au mieux ses objectifs. Un épidémiologiste soucieux d'influer sur l'élaboration des politiques peut faire des recommandations dans plusieurs domaines, notamment la communication, l'éducation et la collaboration. Mais la condition préalable sine qua non est d'obtenir – et de conserver – le respect de son interlocuteur. Le chercheur en épidémiologie ne doit jamais se départir de son intégrité scientifique. Il existe de nombreuses zones d'ombre entre les territoires de la recherche et ceux de la politique. La façon dont l'épidémiologiste apprend à s'y mouvoir peut, s'il n'y prend garde, détériorer ses relations avec les décideurs et avec ses pairs. Il doit toujours se laisser guider par des principes scientifiques.

Communication

Qu'attendre de l'épidémiologiste qui discute de questions d'actualité avec un homme politique? Avant tout, qu'il sache écouter, qu'il pose des questions, qu'il réagisse à ce que dit son interlocuteur, quitte à répéter ce qu'il a dit, pour s'assurer que la communication a bien lieu, et dans les deux sens. Lors de telles discussions, il arrive que l'épidémiologiste use d'un vocabulaire par trop spécifique, ou se réfère à un contexte donné sans se rendre compte que les mots et les concepts dont il se sert ont parfois un sens différent pour l'homme politique. Le décideur, lui, se sert parfois de vocables qui ont un sens précis pour les chercheurs, mais un tout autre sens dans la langue de tous les jours. Si l'épidémiologiste lui répond dans un strict contexte scientifique, le responsable politique se sentira frustré; le chercheur aussi puisqu'il n'aura pas satisfait les attentes de son interlocuteur, mais sans toutefois comprendre pourquoi la communication ne "passe" pas. Ce dialogue de sourds peut donner au décideur l'impression que l'épidémiologiste n'est pas réceptif à ses propos, ce qui creuse encore un peu plus le fossé qui les sépare. Il est donc souhaitable que tous deux expriment leurs idées dans une langue simple plutôt que d'user du vocabulaire spécialisé de la recherche scientifique.

Éducation

Lorsqu'ils débattent de questions d'intérêt commun, le responsable politique et l'épidémiologiste doivent instaurer un climat d'apprentissage. Chacun doit apprendre de l'autre la nature et les limites de l'univers dans lequel il évolue. En d'autres termes, il ne suffit pas que le responsable politique comprenne les méthodes scientifiques utilisées. Il lui faut également comprendre sur quelle base – et dans quelle mesure – l'épidémiologiste extrapolera les résultats de la recherche. L'épidémiologiste doit pouvoir parler librement au décideur de la question qui les

occupe, compte tenu des caractéristiques de la population cible et des mesures à effectuer. Il doit aider le responsable politique à étudier les résultats des études effectuées et à en tirer des conclusions. Il doit notamment expliquer l'impact que les différentes méthodes, le choix des échantillons et les types de mesures peut avoir sur le résultat final. En procédant de la sorte, l'épidémiologiste éduque le responsable politique en lui montrant l'incidence d'un programme de recherche bien conçu sur les résultats; en retour, l'homme politique éduque l'épidémiologiste en l'instruisant des impératifs de l'élaboration des politiques à suivre. C'est par un tel échange que l'épidémiologiste prendra mieux conscience des objectifs et des besoins de son interlocuteur et pourra mieux lui répondre et l'informer. De son côté, le responsable politique prendra mieux conscience du fait que l'accumulation du savoir est un processus permanent; il acceptera plus volontiers les corrections ou changements apportés aux résultats de la recherche à mesure que l'épidémiologiste poursuit sa quête et son analyse des données. Cela signifie que le décideur politique devra se montrer plus prudent dans l'interprétation de certaines conclusions tirées de la recherche et être prêt à accepter, à chaque révision, une nouvelle explication des résultats. L'épidémiologiste pourra l'aider à déceler les problèmes potentiels en lui fournissant les études appropriées et en lui suggérant de nouvelles interprétations des conclusions.

Collaboration

Le terme de collaboration évoque la gestion conjointe d'un bien commun. On espère que, par le biais de la communication et de l'éducation, les partenaires définiront des objectifs communs et compatibles et que la recherche permettra de les atteindre. La collaboration entre le responsable politique et l'épidémiologiste doit produire une recherche et des politiques que tous deux seront prêts à appuyer, tous deux ayant aidé à les concevoir et à les façonner.

Dans le présent article, nous faisons plusieurs suggestions quant aux domaines dans lesquels les méthodes de recherche pourraient être améliorées ou modifiées pour répondre aux besoins des hommes politiques et des épidémiologistes. Ces suggestions portent notamment sur la réévaluation de l'importance qu'il convient d'attribuer à divers seuils de signification statistique, sur la validation de nouvelles approches méthodologiques, comme les groupes de discussion, les enquêtes par correspondance et les sondages par téléphone, sur l'amélioration des méthodes statistiques utilisées pour les analyses secondaires, sur l'élaboration de méthodes statistiques permettant d'intégrer les données d'archive sur les arrestations, les admissions dans les hôpitaux et dans les services de traitement des toxicomanes, ainsi que sur les techniques admissibles en matière d'utilisation des données de population, dont celles qui proviennent des recensements. Une telle collaboration suppose toutefois un engagement personnel et une volonté d'aboutir. En outre, il faut asseoir cette collaboration sur une infrastructure formelle. Se rencontrer pour parler des besoins et des objectifs, concevoir des stratégies pour trouver des solutions et se réunir en séance de travail pour mettre en œuvre ces stratégies permettent assurément d'instaurer un climat de collaboration, auquel le responsable politique

comme l'épidémiologiste seront sensibles. Ces réunions devraient être ouvertement appuyées tant par leurs professions respectives que par les institutions ou services qui les emploient.

Conclusion

L'histoire des relations entre la recherche épidémiologique et les instances dirigeantes des États-Unis montre qu'il est possible d'établir des liens satisfaisants entre la communauté des chercheurs et le monde politique. De nos jours, les décideurs ont facilement accès aux chercheurs en épidémiologie. Ceux-ci font partie du gouvernement, occupent des postes dans les universités et les organismes et instituts de recherche. De leur côté, les épidémiologistes ont accès aux responsables politiques, soit par le biais de l'organisme d'État pour lequel ils travaillent, soit par l'intermédiaire de leurs associations professionnelles. Tous nos efforts doivent tendre à resserrer les liens entre ces deux groupes et à identifier et renverser les obstacles qui entravent la communication entre eux. Ces obstacles sont de divers ordres, mais sans doute le plus important est-il celui du langage. Heureusement, il existe des épidémiologistes et des hommes politiques "bilingues" qui peuvent aider à résoudre les problèmes de communication. Ceux-là doivent être encouragés à réunir leurs collègues. Pour ces deux groupes, le XXI^e siècle est riche de paris à relever. La mondialisation de la toxicomanie et l'apparition de nouvelles drogues – souvent plus dangereuses – exigent une collaboration internationale entre chercheurs et décideurs.

Références

1. D. F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control*, 3^e éd. (Oxford, Oxford University Press, 1999).
2. Hamilton Wright au rédacteur en chef du *Courier-Journal* de Louisville, 16 avril 1910 Wright papers, United States National Archives and Records Administration, entry 36.
3. Hamilton Wright, "Report on the International Opium Commission and on the opium problem as seen within the United States and its possessions", *Opium Problem: Message from the President of the United States*, Sen. Doc. n° 377, Sixty-First Congress, Second Session, 21 février 1910.
4. *États-Unis contre Jin Fuey Moy*, 241 U.S. 394, arrêt du 5 juin 1916.
5. Commission spéciale d'enquête, nommée le 25 mars 1918 par le Secrétaire d'État au trésor (Ministre des finances): *Traffic in Narcotic Drugs* (Government Printing Office, 1919).
6. *États-Unis contre Doremus*, 249 U.S. 86, arrêt du 2 mars 1919; *Webb et al. contre États-Unis*, 249 U.S. 96, arrêt du 3 mars 1919.
7. Audiences de la House Appropriations Committee (Commission d'affectation des crédits), Treasury Department Appropriation Bill 1927, 2 décembre 1925, Sixty-Ninth Congress, First Session, p. 438-439.
8. *Saving Youth from Heroin and Crime* (Préserver la jeunesse de l'héroïne et de la criminalité), *Literary Digest*, vol. 81, n° 32 (5 mai 1924).

9. L. G. Kolb et A. G. DuMez, The prevalence and trend of drug addiction in the United States and factors influencing it, *Public Health Report*, vol. 39, mai 1924, p. 1179-1204.
10. Communication personnelle au Dr Musto, 30 mai 1970.
11. D. F. Musto et P. Korsmeyer, *The Quest for Drug Control: Politics and Federal Policy in a Period of Increasing Substance Abuse, 1963-1981* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 2002).
12. Commission conjointe de l'American Bar Association (Ordre des avocats) et de l'American Medical Association on Narcotic Drugs: *Drug Addiction: Crime or Disease? Interim and Final Reports of the Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on Narcotic Drugs* (Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1961).
13. Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act of 1970, Public Law 91-513, Ninety-First Congress, ratifié le 27 octobre 1970.
14. Anti-Drug Abuse Act of 1988, Public Law 100-690, One Hundredth Congress, Section 1005 "Development and Submission of National Drug Control Strategy", ratifié le 18 novembre 1988.

Pour étayer l'élaboration de politiques fondées sur des éléments concrets: l'exemple du Système de déclaration des drogues illicites en Australie*

L. TOPP

National Drug and Alcohol Research Centre, Université de Nouvelle-Galles du Sud, Sydney (Australie)

R. MCKETIN

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Vienne (Autriche)

RÉSUMÉ

Le Système australien de déclaration des drogues illicites (IDRS) a été élaboré en 1996; il s'agit d'un système d'alerte précoce stratégique, d'un bon rapport coût-efficacité, permettant de déceler les nouvelles tendances de la consommation problématique de drogues. Traitant de scénarios fondés sur des cas spécifiques, le présent article montre comment les données recueillies auprès des systèmes d'information sur les drogues, comme l'IDRS, peuvent enrichir la base de connaissances à partir de laquelle élaborer des politiques fondées sur des éléments concrets et asseoir les stratégies de lutte antidrogue. L'IDRS y est parvenu en diffusant le plus largement possible le fruit de ses constats, en instaurant des mécanismes de collaboration intersectorielle et en offrant un cadre qui permet de mieux comprendre les tendances de la toxicomanie et leur rôle dans l'élaboration des politiques. L'analyse de cas ci-après montre également que l'on a grand besoin des informations en profondeur que fournissent les enquêtes sentinelles sur les usagers problématiques de drogues et les entretiens avec des spécialistes de la toxicomanie. Ces informations sont particulièrement utiles à l'élaboration des politiques quand on peut les recueillir régulièrement à l'aide de méthodes comparables, car elles permettent la détection précoce des tendances de

*Le Système australien de déclaration des drogues illicites [Illicit Drug Reporting System (IDRS)] est financé par le Département de la santé et des soins aux personnes âgées du Commonwealth d'Australie et le National Drug Law Enforcement Research Fund; sa coordination est confiée au Centre national de recherche sur l'alcool et les drogues. L'IDRS n'aurait pu être créé sans l'expertise de Wayne Hall, Julie Hando, Grant Warlaw et Shane Dark; s'il fonctionne efficacement, c'est grâce à la coopération des nombreux chercheurs et organismes de recherche concernés, des organismes qui alimentent le Système en données et en indicateurs, des informateurs clefs, des agences qui aident au recrutement à l'occasion des enquêtes sur l'usage de drogues par injection et des comités consultatifs locaux et nationaux. Les auteurs tiennent à dire leur reconnaissance à ceux qui leur ont fourni les exemples de cas évoqués dans le présent article: Raimondo Bruno, Craig Fry, Kim Hargreaves, Rachel Humeniuk, Bridie O'Reilly et Paul Williams.

l'usage problématique de drogues. Quand ces informations parviennent aux décideurs dans les délais voulus et sous une forme utilisable, elles servent de base à l'élaboration des politiques et stratégies. Pour les décideurs, l'utilité politique potentielle des données fournies par l'IDRS se trouve concrétisée par le dialogue permanent entre les chercheurs, les fonctionnaires des secteurs de la santé et des services de répression et les décideurs politiques, processus qui se trouve grandement facilité par les voies de communication et les relations intersectorielles établies grâce au Système.

Mots clefs: Tendances des drogues; politiques; alerte précoce; Australie.

Introduction

Le Système australien de déclaration des drogues illicites (IDRS) a été chargé en 1996 par le Département de la santé et des soins aux personnes âgées du Commonwealth d'Australie de fournir un système d'alerte précoce stratégique, d'un bon rapport coût-efficacité, permettant de déceler les nouvelles tendances de la consommation d'opiacés, d'amphétamines, de cocaïne et de cannabis. Ainsi, le principal destinataire des informations fournies par le Système est un organisme d'État qui participe à l'élaboration des lois sur les drogues et à la prise des décisions stratégiques. Cela ne manque pas d'avoir une incidence, à la fois sur les grandes orientations du Système, qui a une couverture nationale et se fonde sur une surveillance avancée, et sur les échéances des rapports conçus pour guider les stratégies politiques plutôt que les interventions tactiques.

Dans la conception de l'actuel Système, on a dûment tenu compte des leçons tirées des précédentes tentatives faites pour surveiller la situation de l'Australie en matière de drogues; celles-ci avaient révélé la nécessité de procéder à la triangulation de différentes sources de données pour accroître la fiabilité des tendances signalées et, par suite, la crédibilité des informations puisées à ces systèmes [1, 2]. À cette fin, l'IDRS puise régulièrement des données à trois sources distinctes:

a) Une enquête quantitative normalisée parmi les usagers des drogues par injection, qui constituent une population sentinelle dans laquelle on peut déceler les nouvelles tendances qui se manifestent dans l'abus de drogues illicites. Des enquêtes sont effectuées dans la plus grande ville de chacune des unités administratives du pays, qui produisent un échantillon de plus de 900 usagers des drogues par injection;

b) Une enquête qualitative normalisée parmi des informateurs clefs ou des spécialistes des drogues illicites dans la principale ville de chacune des unités administratives du pays produit un échantillon annuel total comptant entre 250 et 300 informateurs clefs;

c) Une synthèse des indicateurs de sources d'informations, telles que les données relatives aux surdoses, à la pureté des drogues saisies et aux arrestations, les données tirées des examens toxicologiques, des admissions en hôpital et dans des centres de traitement, des programmes de distribution de seringues et d'aiguilles,

des enquêtes auprès des ménages et en milieu scolaire, ainsi que les données provenant d'autres secteurs spécialisés de la recherche. La nature et l'abondance de ces données varient selon les unités administratives; certains ensembles de données ne sont examinés qu'à l'échelon national (ceux qui proviennent, par exemple, des enquêtes triennales auprès des ménages sur l'abus de drogues et du service australien des douanes). Certains ensembles de données sont analysés tous les trimestres, d'autres une fois par an seulement, selon la nature des données et le nombre de cas.

Ces données sont collectées dans chacune des huit unités administratives de l'Australie et fournissent donc une couverture nationale; elles sont présentées une fois par an. Les conclusions que l'on en tire sont diffusées lors de la conférence nationale annuelle sur l'abus de drogues et publiées dans des rapports détaillés, nationaux ou locaux, et dans des mises à jour trimestrielles succinctes. Ces rapports sont complétés par des réunions régulières et des communications informelles avec les principales parties prenantes. Pour de plus amples renseignements sur les observations et les méthodes de l'IDRS, voir Topp et al [3].

L'analyse de cas, base des politiques fondées sur des éléments concrets

Les exemples ci-après montrent le rôle que les observations de l'IDRS ont joué dans l'établissement d'une base d'information saine permettant d'asseoir les politiques nécessaires et de mettre en œuvre les stratégies de contrôle des drogues. Certains de ces exemples se rapportent à des cas dans lesquels les observations effectuées ont coïncidé avec un changement d'orientation des politiques ou stratégies. Nous évoquons aussi certaines situations qui ne relèvent pas du domaine politique, mais dans lesquelles l'IDRS a indirectement contribué à améliorer l'information sur la consommation de drogues et les tendances de la toxicomanie (par exemple en fournissant la toile de fond qui doit permettre d'entreprendre une recherche en profondeur). Les scénarios présentés ne peuvent montrer toutes les façons dont les observations de l'IDRS affectent – ou peuvent affecter – la politique; ils n'entendent pas prouver non plus que les informations fournies par l'IDRS sont seules responsables des changements de cap enregistrés. En revanche, ils montrent clairement que les informations diffusées par l'IDRS ont permis d'accumuler les preuves sur lesquelles se fondent les politiques. Cet impact est clairement visible à l'échelon national et, tout particulièrement, à l'échelon local, car c'est là que l'on collecte les données les plus détaillées.

Faire des nouvelles formes de la toxicomanie une priorité

Les observations de l'IDRS, qui révèlent une augmentation de l'offre de drogues sur le marché et l'apparition, sur tout le territoire australien, d'amphétamines dotées d'un fort pouvoir toxicomanogène, ont fait de la détection des nouvelles formes d'abus une priorité pour la Commission ministérielle chargée de la stratégie antidrogue, ainsi que pour le Gouvernement du Commonwealth. D'autres

systèmes de contrôle, comme les analyses d'urine des personnes arrêtées, auraient pu montrer qu'il y a là un sujet de préoccupation; pour sa part, l'IDRS a donné sur les abus de méthamphétamine des informations spécifiques, recueillies auprès d'une population d'usagers non incarcérés ou placés en institution, qu'aucun autre système n'aurait été à même de fournir. Ainsi, l'IDRS a fourni des informations sur les caractéristiques des différents types de méthamphétamine disponibles dans la rue, sur la terminologie usitée pour les décrire, sur leurs modes d'administration, leur prix et leur degré de pureté, ainsi que sur les quantités achetées.

Élaboration de politiques et de stratégies adaptées aux conditions locales

L'IDRS a été en mesure de fournir sur les caractéristiques et les tendances récentes de l'abus de drogues à l'échelon local les informations détaillées dont les responsables des services de santé et de répression ont le plus grand besoin. Dans l'État de Tasmanie, le Service de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie du Département de la santé et des affaires sociales a été chargé de soumettre au sous-comité gouvernemental sur les drogues un rapport semestriel sur la situation de la toxicomanie par injection en Tasmanie. Ces rapports se fondent en grande partie sur les données rassemblées par l'IDRS; ils ont influencé les décisions politiques de cet État, jusque-là fondées sur des données recueillies dans d'autres unités administratives du pays, plus vastes et disposant des financements et des organismes spécialisés permettant d'entreprendre les recherches nécessaires. En 2000, l'IDRS a démontré que dans les unités administratives plus modestes, comme la Tasmanie, les caractéristiques de l'usage de drogues illicites étaient sensiblement différentes de celles que l'on rencontre dans des unités administratives plus étendues. En fournissant une information pertinente à l'échelon local, l'IDRS a donc sensiblement amélioré la base de connaissances sur laquelle repose la politique de la Tasmanie en matière de drogues.

Élaboration de plans gouvernementaux stratégiques de contrôle des drogues

Les travaux de l'IDRS sont à l'origine des plans stratégiques de contrôle des drogues élaborés dans plusieurs unités administratives de l'Australie. Dans le Territoire du Nord, les données de l'IDRS ont constitué la base du plan d'État en trois volets sur l'usage et l'abus de drogues. En Australie occidentale, deux des interventions faites au Sommet communautaire sur les drogues avaient puisé leurs informations dans le rapport de l'IDRS pour 2000. La communication n° 7, qui portait sur les drogues et la répression, étudiait le cadre juridique approprié permettant de traiter le problème des drogues illicites, d'aiguiller les toxicomanes vers un centre de traitement et de traiter les plus dangereux d'entre eux en prison; la communication n° 8 traitait de la nécessité de réduire les préjudices causés à la collectivité et aux individus par l'usage régulier de drogues. En Nouvelle-Galles du Sud, les observations de l'IDRS constituèrent l'un des principaux documents de référence

utilisés lors du Sommet de Nouvelle-Galles-du-Sud, tenu à Sydney du 17 au 21 mai 1999. Les observations de l'IDRS de l'État de Victoria ont inspiré les démarches du Comité d'experts sur les politiques en matière de drogues.

Élaboration de programmes d'intervention axés sur l'usage problématique de drogues

En février 2001, à l'occasion d'une réunion du Comité pharmaceutique consultatif national, les responsables du sous-comité sur l'utilisation abusive intentionnelle des produits pharmaceutiques se sont servis des données nationales de l'IDRS lors des débats nourris qui eurent lieu à propos de la consommation de benzodiazépine par voie intraveineuse. À l'échelon local, le département des services sociaux de l'État de Victoria s'est servi des données de l'IDRS pour élaborer une stratégie d'éducation et de prévention liée à l'usage de benzodiazépines par injection afin de s'attaquer aux problèmes du détournement, de l'utilisation abusive et de l'injection des substances (apparentées à un gel) contenues dans les comprimés de témazépam. Les résultats obtenus par l'IDRS dans l'État de Victoria ont également permis de faire comprendre la nécessité de concevoir un programme de formation et de préparation à l'usage des personnes travaillant dans les domaines de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Déterminer les besoins en matière d'accès au traitement

Les observations faites par l'IDRS dans le Territoire de la capitale sont riches d'informations et de recommandations qui ont influé sur les décisions prises en matière de prestation de services sur le Territoire. En 2000, un rapport du Territoire de la capitale sur les tendances des drogues recommanda que l'on étudiat l'apparente accélération de l'usage d'héroïne parmi les populations autochtones, déjà relevée par l'IDRS en 1998-99, afin de déterminer les raisons pour lesquelles ces populations n'avaient pas eu accès aux centres de traitement. En 2001, on augmenta le nombre des services destinés aux populations autochtones et le Parti travailliste d'opposition s'engagea à offrir des traitements dans un cadre culturel approprié. L'étude des caractéristiques de l'usage problématique de drogues présente un avantage évident: elle permet de déceler les lacunes de la prestation de services aux populations vivant en milieu ouvert.

Alerte précoce et validation des tendances

Le Département de la santé du Territoire de la capitale considère les données de l'IDRS comme un excellent outil de validation. Il s'en sert régulièrement pour comparer l'usage national de drogues et la situation dans le Territoire, ce qui constitue une manière d'alerte précoce quant aux tendances qui se dessinent en matière d'abus. Les données de l'IDRS l'aident également à déterminer les priorités en ce qui concerne les services et à vérifier par recoupement les avis consultatifs des experts et les rapports des prestataires de services sur l'alcoolisme et la toxicomanie.

Établir un cadre propre à l'étude de la diminution d'offre d'héroïne

En 2001, l'Australie enregistra une diminution marquée et durable de l'offre d'héroïne sur les marchés; cette baisse était due à une baisse de l'usage et à d'autres facteurs également négatifs. Les observations effectuées par l'IDRS au cours des cinq années précédentes fournirent des données de base intéressantes, fiables et valides sur le prix, la pureté et l'offre d'héroïne sur le marché, ainsi que sur la fréquence de l'usage des autres drogues, la criminalité, les risques de surdose et autres problèmes de santé, pouvant servir à interpréter les données des enquêtes spécialisées sur les caractéristiques et l'impact de la pénurie d'héroïne. En 2002, l'IDRS rassemblera des informations sur la situation du marché illicite des drogues après que la pénurie eut atteint un pic. Les données de l'IDRS peuvent ainsi aider à mieux interpréter les informations recueillies dans le cadre d'autres enquêtes.

Intégration des informations relatives au contexte local dans les systèmes d'enseignement supérieur du Territoire du Nord

L'IDRS a fourni des informations spécifiques sur les tendances des drogues dans le Territoire du Nord, qui ont permis d'inclure dans les cours dispensés dans les établissements d'enseignement supérieur dudit Territoire des données sur les tendances locales des drogues. Les cours sur l'alcool et les drogues, les services sociaux et communautaires, l'action sociale et la psychologie comprennent désormais des informations locales pertinentes sur les caractéristiques et les tendances de la consommation de drogues. Avant l'introduction de l'IDRS dans le Territoire du Nord, ces cours n'utilisaient que des données nationales en traitant de l'abus des drogues, de la santé, de la prise de risque et de la criminalité. L'IDRS a révélé le caractère fort disparate des marchés de la drogue en Australie; la théorie et les aspects théoriques des cours se trouvent désormais enrichis par des données locales pertinentes.

À qui s'adressent les observations de l'IDRS?

L'intérêt manifeste témoigné aux observations de l'IDRS a été fort bien illustré en Australie du Sud où, pour satisfaire la demande d'informations, une série de séminaires spéciaux ont été organisés à l'intention des organes nationaux de répression, comme la National Crime Authority (chargée de réprimer la criminalité), l'Australian Bureau of Criminal Intelligence (service de renseignement sur la criminalité), le service des douanes, la police fédérale, ainsi que le Département de l'immigration et des affaires culturelles et le fisc australien. À l'échelon local, le public participant à ces séminaires comprenait des représentants de la police d'Australie du Sud, de l'Australian Guidance and Counselling Association for South Australia (service d'orientation), la City Homelessness Assessment and Support Team (service d'aide aux sans domicile fixe), le Statewide Nurses Action Group (groupement d'infirmières), le Douglas Mawson Institute of Technical and

Further Education et le South Australian Forensic Health Service (service médico-légal de santé). Animés par le coordonnateur de l'IDRS pour l'Australie du Sud, ces séminaires prouvèrent, à la fois, l'importance de la demande d'informations sur les tendances des drogues et la diversité des publics intéressés.

Commentaires

L'analyse ci-dessus montre que les renseignements puisés à un système d'information tel que l'IDRS peuvent enrichir la base d'informations concrètes sur lesquelles se fondent les politiques. Si les données de l'IDRS ont influé sur les politiques retenues, cette influence a souvent été indirecte; elles ont rarement constitué le seul facteur déterminant dans l'élaboration desdites politiques, mais une source d'information parmi d'autres. Elles ont permis d'enrichir les connaissances et, partant, d'élaborer des politiques fondées sur des éléments concrets. Il n'est pas toujours possible d'évaluer l'impact des informations fournies par l'IDRS, mais l'importance de la demande et la variété des publics cibles montre l'utilité des données de l'IDRS dans la définition des politiques et la conception de stratégies de mise en œuvre.

Les informations détaillées de l'IDRS sont favorablement accueillies par le législateur. Elles ont permis l'élaboration de stratégies antidrogue aux échelons national et local et répondent aux besoins opérationnels de nombreux organismes. L'IDRS fournit notamment force renseignements détaillés et actualisés sur les caractéristiques spécifiques de l'abus problématique de drogues: voies d'administration et contexte de l'usage; nature et disponibilité des nouvelles drogues; problèmes sanitaires et juridiques liés à l'usage de drogues et non couverts par les méthodes classiques de collecte des données, comme enquêtes auprès des ménages et indicateurs liés aux drogues. L'essentiel de ces informations détaillées provient d'enquêtes effectuées auprès d'informateurs clefs et d'usagers des drogues par injection, ce qui montre bien l'utilité des données tirées d'enquêtes en profondeur sur l'usage problématique de drogues pour la définition des politiques à suivre.

Les organisations qui ont sollicité de l'IDRS des informations détaillées représentent un large éventail de disciplines appartenant, en particulier, aux secteurs de la santé et de la police. L'intérêt croissant des services de police tient à ce que l'IDRS surveille les prix et l'offre de drogues sur le marché en faisant appel à des sources autres que les services de répression, complétant ainsi les données dont la police dispose déjà, ce qui montre bien l'intérêt des informations diffusées par l'IDRS pour l'élaboration de stratégies intéressantes, à la fois, la santé et le contrôle des drogues. L'IDRS a, ce faisant, établi un mécanisme qui permet aux services de santé et à la police de collaborer, puisqu'ils comprennent mieux désormais l'impact des stratégies de contrôle des drogues sur les marchés, les caractéristiques de l'usage et les problèmes y relatifs.

Les données de l'IDRS ont grandement aidé à développer et à bonifier d'autres sources d'information sur les tendances des drogues qui servent à définir les politiques à suivre. L'IDRS a amélioré la base de connaissances sur laquelle les responsables politiques fondent leurs décisions, et ce de plusieurs façons: en supervisant

les recherches complémentaires sur les nouvelles tendances des drogues; en établissant un cadre propice à l'évaluation de l'impact des interventions ou des changements affectant le marché des drogues, comme la pénurie d'héroïne; en aidant à la conception de programmes pédagogiques sur l'épidémiologie de l'abus des drogues; et en complétant les autres rapports sur les tendances des drogues.

Le Système a également joué le rôle d'un stimulant puisqu'il a encouragé la collaboration entre les organismes de recherche et les autres institutions œuvrant dans des domaines liés aux drogues. La nécessité d'échanger des informations a poussé ces organisations à collaborer et à nouer un dialogue quant à l'interprétation des données relatives aux tendances des drogues et quant à l'utilité politique ou stratégique de ces données pour des organisations qui ne sont pas engagées dans la recherche. Dans bien des cas, le dialogue entre chercheurs et décideurs a ressemblé à un exercice de maïeutique: il fallait que les données de l'IDRS correspondent aux besoins des responsables politiques; en retour, ceux-ci devaient se convaincre de la raison d'être et de l'utilité des informations communiquées par l'IDRS. Ce processus d'éducation réciproque a permis aux intéressés de mieux comprendre la façon dont on peut utiliser les observations de l'IDRS dans la définition des politiques; de son côté, l'IDRS est désormais mieux à même de collecter et d'interpréter les données relatives aux drogues.

Mais si l'utilité des données de l'IDRS pour la définition des politiques est évidente, il n'en reste pas moins beaucoup à faire pour améliorer l'interprétation des tendances décelées par l'IDRS et comprendre leur incidence sur la politique. En particulier, chercheurs et responsables politiques doivent être mieux conscients du fait que ces informations viennent compléter les mécanismes existants permettant de surveiller la consommation de drogues, comme les enquêtes dans la population générale ou les données sur la fréquentation des centres de traitement, et des raisons qui expliquent la non-concordance entre les différents types de données. Le dialogue entre chercheurs et décideurs doit se poursuivre s'ils veulent rapprocher leurs points de vue et parvenir à une telle entente; les systèmes d'information sur les drogues, tels que l'IDRS, peuvent jouer en l'occurrence un rôle de catalyseur et permettre ce dialogue.

Il faut enfin reconnaître que l'on n'a pris conscience de l'importance de l'apport de l'IDRS qu'après que la collecte des données se fut poursuivie pendant plusieurs années. Cela requit des investissements considérables, sur le plan financier, d'abord, mais aussi pour développer les capacités des ressources humaines et leur apprendre à collecter et analyser les données sur les tendances des drogues et à élaborer des rapports à ce sujet. Ces investissements se sont révélés fructueux, comme le montrent les avantages retirés de la collecte régulière des données. Dans les années qui suivirent la création de l'IDRS, l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données et une meilleure présentation des rapports ont permis un meilleur rapport coût-efficacité du système. En Australie, la volonté politique des décideurs, l'existence d'établissements d'enseignement supérieur et des ressources humaines nécessaires – et, plus tard, des ressources financières – ont facilité le bon fonctionnement de l'IDRS. Dans un contexte où, en raison de l'infrastructure existante ou de la limitation des ressources, la collecte régulière de

données n'est pas un moyen réaliste de contrôler l'usage problématique des drogues, la réalisation d'études de cas ponctuelles et en profondeur permet de compléter utilement les systèmes de surveillance en vigueur. Dans de tels cas, il faut que ces études en profondeur s'inspirent des mécanismes de contrôle existants et les enrichissent à leur tour.

Conclusion

L'analyse de cas ci-dessus prouve que l'IDRS a joué un rôle des plus utiles en élargissant la base de connaissances sur lesquelles les responsables politiques fondent leurs décisions. Il y est parvenu en diffusant largement ses observations, en élaborant des mécanismes de collaboration intersectorielle et en instaurant un contexte permettant, à la fois, de discerner les tendances des drogues et de comprendre leur rôle dans la formulation des politiques. Cette analyse de cas montre également l'importance de la demande en informations en profondeur sur les caractéristiques de la consommation de drogues et sur les données connexes tirées des enquêtes sentinelles sur les usagers problématiques des drogues et des entrevues qualitatives avec les spécialistes des drogues illicites. Ces informations sont particulièrement utiles aux responsables politiques quand elles peuvent être obtenues régulièrement à l'aide de méthodes comparables, car cela permet la détection précoce des nouvelles tendances des drogues problématiques. Cette analyse montre encore que, lorsque ces informations parviennent aux décideurs en temps opportun et dans un format utilisable, elles peuvent servir à l'élaboration des politiques et des stratégies. Il est indispensable de favoriser l'instauration d'un dialogue permanent entre chercheurs, fonctionnaires des services de santé et responsables politiques, car cela permettra aux décideurs de faire un usage optimal des données communiquées par l'IDRS. Les voies de communications et les relations intersectorielles établies du fait d'un tel dialogue permettront d'augmenter encore l'utilité des données sur les tendances des drogues.

Références

1. J. Hando et al., *The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: The illicit drug reporting system*, in: *Addiction Research*, vol. 6, 1998, p. 97-113.
2. G. Wardlaw, *Final Report: Illicit drug reporting system*, report to the Commonwealth Department of Human Services and Health (Canberra, Wardlaw Consulting Pty. Ltd., 1994).
3. L. Topp et al., *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Monographie n° 48 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2002).

L'expérience du réseau multivilles du Groupe Pompidou, 1983-2002

R. BLESS

Conseiller technique, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe, Duivendrecht (Pays-Bas)

RÉSUMÉ

L'épidémiologie est l'un des quatre domaines d'activité auxquels le Groupe Pompidou se consacre dans sa lutte contre la toxicomanie. L'essentiel de ses efforts dans ce domaine a porté sur la création d'un groupe d'experts en épidémiologie, composé de spécialistes venus de presque tous les pays européens, et sur l'élaboration d'indicateurs et d'instruments d'analyse permettant de suivre les caractéristiques et les tendances de l'abus des drogues. Créé en 1983, le groupe d'experts a opté pour une approche multisites, désormais connue sous le nom d'étude multivilles du Groupe Pompidou. Dans le présent article, l'auteur décrit le champ d'action et les méthodes de travail du réseau et du système de surveillance multivilles. Il en conclut que, bien que l'étude multivilles ait été un succès, puisqu'elle a constitué le laboratoire où ont été élaborés les indicateurs et instruments nécessaires, le suivi permanent des caractéristiques et des tendances de l'abus des drogues, à l'échelon urbain et à l'aide desdits instruments, requiert un mode d'organisation différent et une autre infrastructure.

Mots clefs: Épidémiologie; indicateurs; caractéristiques et tendances de l'abus des drogues; réseau urbain; Europe.

Introduction

Créé en 1971, le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe fut le premier organisme européen à examiner et à analyser, dans une optique pluridisciplinaire, les politiques nationales en matière de drogues et les problèmes liés à l'abus de stupéfiants et à leur trafic. En 1982, la Conférence ministérielle du Groupe Pompidou convint de charger un groupe d'experts en épidémiologie de mettre au point des systèmes de surveillance permettant d'évaluer la nature et l'ampleur de l'abus des drogues et des problèmes connexes.

Les experts sont nommés par les correspondants permanents du Groupe Pompidou, en fonction de leur compétence en épidémiologie. Au cours des vingt dernières années, plusieurs centaines d'experts venus de plus de 40 pays européens ont, à un moment donné, participé aux activités du groupe d'experts.

Dans l'accomplissement de son mandat, le groupe d'experts a opté pour une approche par ville. La raison en est que, dans les années 80, les problèmes de

toxicomanie en Europe concernaient principalement les villes et que l'on pouvait difficilement se procurer des statistiques pertinentes à l'échelon national. Mais l'argument le plus convaincant tenait toutefois au fait que la dimension réduite d'une ville permettait plus facilement d'interpréter, dans leur contexte, les données des indicateurs. Les activités entreprises aux fins d'élaborer des systèmes de surveillance prirent le nom d'étude multivilles du Groupe Pompidou; et depuis plusieurs années, c'est sur elle que porte l'essentiel du travail du groupe d'experts. Nombre d'autres projets lancés par le groupe d'experts au cours des dernières décennies sont nés de l'étude multivilles ou ont également suivi une approche par ville.

Objectifs visés par l'étude multivilles

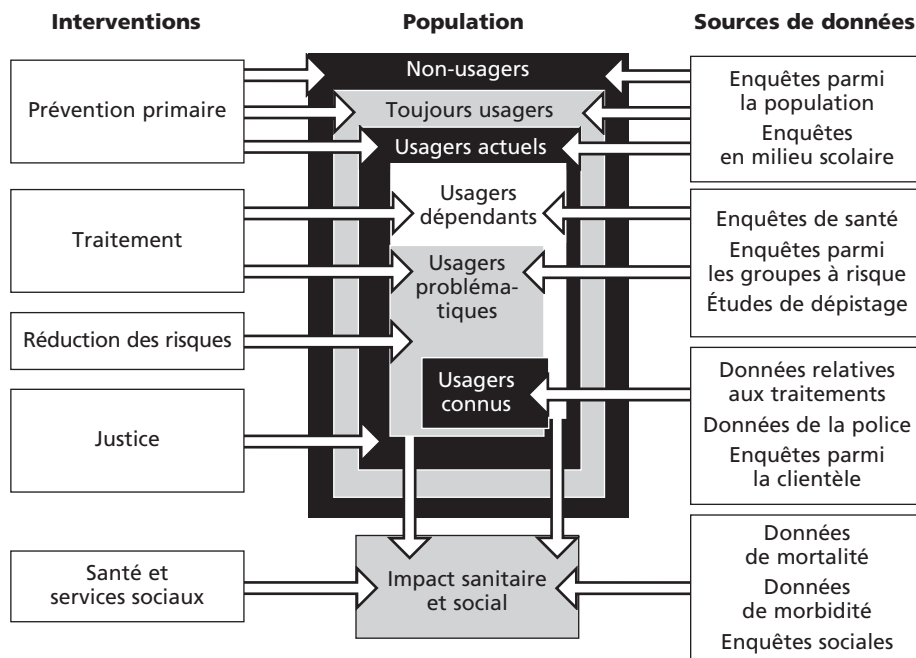
La surveillance consistant à observer les changements affectant les objets soumis à un contrôle en vue d'intervenir ou d'évaluer les effets d'une intervention, les objectifs visés par l'étude multivilles, compte tenu du mandat du groupe d'experts, s'établissent comme suit:

- a) Recenser les indicateurs permettant de décrire les changements affectant l'usage des drogues et les problèmes connexes;
- b) Mettre au point des méthodes permettant la collecte de données et l'établissement de rapports sur les données obtenues grâce aux indicateurs;
- c) Évaluer les caractéristiques et les tendances de la toxicomanie à travers l'Europe;
- d) Mettre au point des modèles permettant l'analyse et l'interprétation des données d'indicateurs;
- e) Promouvoir parmi les responsables politiques et les spécialistes chargés des interventions la mise en œuvre des indicateurs, les méthodes de collecte des données et la façon adéquate de présenter les rapports et les modèles d'interprétation.

Ces objectifs s'inscrivent dans un cadre théorique général qui relie l'usage de drogues et les problèmes connexes aux interventions et aux sources des données (voir la figure ci-après).

Les premières années, le groupe d'experts s'intéressa principalement aux indicateurs et aux méthodes de collecte des données, À la fin des années 80, il fit de l'examen des caractéristiques et des tendances une activité de base. Jusqu'en 1996, il suivit les tendances, aussi bien à l'échelon urbain qu'à l'échelon national, d'abord parce que toute ville s'inscrit dans un contexte national, ensuite parce que, dans plusieurs cas, et contrairement à ce que l'on prévoyait, les données d'indicateurs n'étaient disponibles ou accessibles qu'à l'échelon national. À la fin des années 90, le groupe d'experts changea d'orientation et mit désormais l'accent sur l'analyse et l'interprétation des données, en privilégiant le contexte local. Le programme de travail pour la période 2002-2003 donne la priorité à la diffusion des systèmes de suivi et au renforcement des capacités à l'échelon local, aux fins de mettre en place ces systèmes.

Réalisation des objectifs de l'étude multivilles



Réseau multivilles

Bien que les experts qui participent à l'étude multivilles ne représentent pas officiellement ces villes, on parle désormais couramment de réseau multivilles et de villes participantes, plutôt que d'experts participants. De ce fait, au cours des dernières décennies, 42 villes de 23 pays ont, à un moment donné, participé à l'étude multivilles. Notons toutefois que peu de villes y ont participé pendant plus de dix ans; certaines n'ont fait activement partie du réseau que pendant un an ou deux.

Le nombre de villes participantes a augmenté, notamment vers le milieu des années 90, quand nombre de pays d'Europe de l'Est rejoignirent le Groupe Pompidou. Bien que l'accroissement du réseau ait compliqué la maintenance du réseau urbain, il a également permis d'améliorer la qualité et la comparabilité des données: nombre de nouvelles villes ont appliqué d'emblée les protocoles de collecte des données de l'étude multivilles, alors que plusieurs des anciens participants devaient encore s'accommoder des systèmes de suivi locaux. En même temps que le réseau multivilles s'élargissait pour inclure l'Europe de l'Est, l'engagement des pays occidentaux diminuait, suite à la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et au changement d'orientation connexe, l'Europe favorisant désormais les systèmes nationaux de suivi. Depuis cette époque, nombre de villes européennes ont cessé de faire partie du réseau.

Méthodes de travail

L'étude multivilles n'est pas fondée sur un réseau de villes mais sur la coopération entre les membres d'un réseau d'experts intéressés. Être nommé membre du groupe d'experts n'oblige pas à participer à l'étude multivilles; d'autre part, les experts participant à l'étude ne sont pas tenus de rendre des comptes aux autorités des villes sur lesquelles ils font rapport. Dans cette optique de coopération volontaire, les principes fondamentaux à la base de l'étude multivilles sont l'appui accordé au réseau d'experts et sa maintenance.

Au sein du réseau multivilles, l'échange d'informations et d'expériences se fait à l'occasion de séances plénières, dans le cadre de groupes de travail et de séminaires consacrés à des thèmes particuliers et dans le cadre de la publication de rapports. Toutes ces activités sont dirigées par le secrétariat du Groupe Pompidou; elles sont coordonnées par un conseiller technique.

Séances plénières

L'étude multivilles est l'un des thèmes fondamentaux traités lors des réunions du groupe d'experts, qui se tiennent ordinairement deux fois par an. Lors de ces réunions, les participants exposent, à l'occasion de tables rondes, la situation qui prévaut dans leur ville: tendances des indicateurs; problèmes rencontrés dans la collecte des données; faits nouveaux intervenus en matière d'usage de drogues et dans la lutte antidrogue; résultats récents de la recherche locale; etc. Les rapports publiés au nom du groupe d'experts sont également discutés en séance plénière. En outre, le secrétariat du Groupe Pompidou est informé du lancement de projets particuliers et de la désignation des équipes qui en sont responsables. Des représentants de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, de la Commission européenne, du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), de l'Organisation mondiale de la santé et du National Institute on Drug Abuse des États-Unis assistent aux réunions plénières du groupe d'experts.

Groupes de travail affectés à des projets particuliers

Nombre des tâches dévolues au système de surveillance sont exécutées par le biais de projets spécialisés. L'éventail des sujets traités va du réalisme ou de la validité des indicateurs à la présentation des rapports, aux méthodes de collecte et à l'analyse des données. Ces dernières années, un nombre croissant de projets ont porté sur les méthodes qualitatives, les groupes cibles particuliers et les modèles d'analyse. La durée des projets est ordinairement de deux ans, mais certains ont débouché sur une activité parallèle à l'étude multivilles, soit au sein même du groupe d'experts (comme le projet sur les indicateurs de la demande de traitement), soit en collaboration avec lui (comme le Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues, administré par le Comité suédois pour les problèmes d'alcool et de drogues).

D'ordinaire, la coordination des projets est confiée à un consultant recruté à cet effet. Le groupe de travail concerné se réunit à la demande et peut comprendre des experts appartenant à d'autres organisations. Les résultats sont incorporés au système de surveillance multivilles; dans plusieurs cas, ils ont permis de convaincre des organisations internationales de se servir de normes communes sur les indicateurs.

Séminaires et conférences

Le Groupe Pompidou organise régulièrement des séminaires à l'occasion desquels chercheurs, responsables politiques et autres spécialistes peuvent échanger leurs expériences. Plusieurs séminaires ont été consacrés à des questions liées au système de surveillance multivilles. Ils se sont révélés utiles en ce qu'ils ont permis de réaliser un plus large consensus quant aux normes usitées par le système de surveillance en matière d'indicateurs et quant à l'utilisation de la surveillance aux fins de la prise de décisions et des interventions.

En 2003, le Groupe Pompidou organisera une conférence stratégique sur l'état actuel de l'épidémiologie de la toxicomanie afin de décider de l'orientation de ses futures activités en matière d'épidémiologie et de mise en place de systèmes locaux de surveillance.

Publications

On trouvera un aperçu des rapports disponibles du Groupe Pompidou sur son site Internet, accessible via le portail du Conseil de l'Europe, à l'adresse électronique suivante: www.coe.int/T/E/Social_cohesion/Pompidou_Group/

Indépendamment des rapports des équipes sur leurs projets, l'étude multivilles propose elle-même un système de présentation des rapports en trois étapes.

Rapport annuels sur des villes particulières

Dans le passé, les rapports annuels consacrés à des villes particulières consistaient en monographies succinctes où l'on exposait les faits, les tendances et la situation locale en matière de toxicomanie. Mais dans les années 90, quand la multiplication des informations et la demande croissante en rapports de toute sorte dépassèrent les ressources que les participants pouvaient consacrer à cette tâche, nombre de ces rapports se trouvèrent réduits à une simple compilation de données. Dans la seconde moitié des années 90, l'élargissement du réseau, désormais chargé d'établir chaque année des rapports sur plus de 30 villes, compliqua leur diffusion. En 1998, il fut décidé que les rapports sur les villes seraient remplacés par des formulaires, rédigés sous forme de questionnaires, où l'on recueillerait les données liées aux indicateurs et les informations relatives à la situation locale.

Rapports de synthèse annuels sur les tendances

Les principales données tirées des rapports sur les villes sont résumées chaque année dans des rapports succincts sur les grandes tendances observées. Jusqu'en

1997, les tendances étaient principalement signalées comme changements constatés dans l'année couverte par le rapport, comparé à celui de l'année précédente. Depuis 1998, les rapports de synthèse annuels présentent, dans la mesure où le réseau dispose des données nécessaires, des mises à jour concernant les tendances à long terme.

Afin de pouvoir établir des comparaisons entre les villes, dans les rapports de synthèse les indicateurs sont exprimés en pourcentages de (ou en chiffres relatifs à) la taille de la population des villes concernées.

Rapports sur l'étude multivilles

Les rapports périodiques sur l'étude multivilles résument et intègrent les tendances et les faits nouveaux intervenus dans le réseau sur une période de cinq à dix ans. Le premier de ces rapports, paru en 1987, portait sur sept capitales européennes et examinait la validité, la pertinence et la comparabilité d'un certain nombre d'indicateurs utilisés pour évaluer les tendances de l'usage de drogues. Le second, publié en 1994, faisait état des tendances observées dans 13 villes jusqu'en 1991. Le troisième rapport, paru en 2000, qui tenait compte de l'extension du réseau à l'Europe orientale dans les années 90, couvrait la période 1991-1998 dans 42 villes; il s'attachait tout particulièrement aux différences constatées entre l'Europe occidentale et l'Europe orientale.

Système de surveillance multivilles

Le système de surveillance du réseau multivilles est conçu autour d'un ensemble d'indicateurs communs de l'usage de drogues et des problèmes connexes; la collecte des données pertinentes se fait annuellement. Ces données sont complétées par des informations concernant la nature et l'origine des données locales et le contexte de l'usage de drogues et des problèmes qui en découlent. Le système de surveillance se trouve facilité par l'existence de lignes directrices et d'un format préétabli pour la présentation des rapports. Depuis 2002, il est possible de remplir et d'expédier les formulaires qui composent le rapport par voie électronique; les informations recueillies sont stockées dans une base de données multivilles.

Indicateurs

Les indicateurs de l'usage de drogues et des problèmes connexes sont au cœur des rapports publiés dans le cadre de l'étude multivilles. Les indicateurs de base sont restés les mêmes au cours des années; ils couvrent les domaines ci-après:

a) *Prévalence*: prévalence de l'usage observée grâce aux enquêtes effectuées dans la population générale et en milieu scolaire;

b) *Usage problématique de drogues*: toxicomanie par injection; estimation de l'ampleur de l'usage problématique de drogues;

c) *Traitement*: première demande de traitement et demandes subséquentes; thérapies de substitution par des opiacés (depuis 1997); urgences non mortelles liées aux drogues; admissions dans les services hospitaliers et psychiatriques (jusqu'en 1996);

d) *Morbidité et mortalité liées aux drogues*: hépatites B et C (depuis 1998) liées aux drogues; virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et syndrome d'immunodéficience acquise (sida); et décès liés à l'usage de drogues;

e) *Infractions à la législation sur les stupéfiants*: arrestations pour des délits liés aux drogues; condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants; toxicomanie dans les prisons (jusqu'en 1996);

f) *Le marché de la drogue*: saisies effectuées; prix et pureté des drogues vendues dans la rue.

La terminologie usitée, les concepts sous-jacents et la façon de présenter les rapports sur les indicateurs sont explicités dans les consignes qui accompagnent l'étude multivilles, lesquelles sont régulièrement mises à jour. Dans leur troisième révision, ces consignes ont été harmonisées avec celles que l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies applique à la présentation des rapports nationaux.

Si l'ensemble des indicateurs retenus pour l'étude multivilles correspond à ce que l'on considère, partout dans le monde, comme des prescriptions minimales en matière de surveillance (par exemple, comme l'ont fait valoir les experts réunis à la réunion de consensus sur les systèmes d'information sur les drogues: principes, structures et indicateurs, tenue à Lisbonne les 20 et 21 janvier 2000, les définitions et la façon de présenter certains indicateurs sont encore en voie de discussion). La pertinence de certains indicateurs pour les systèmes locaux de surveillance fait, elle aussi, l'objet de discussions. Enfin, le consensus réalisé entre les experts du réseau multivilles à propos des indicateurs n'implique pas forcément que ceux-ci sont utilisés dans toutes les villes. En fait, la plupart des villes participantes ne peuvent encore fournir de données que sur un sous-ensemble des indicateurs.

Dans l'idéal, les données d'indicateurs sont des estimations quantitatives scientifiques concernant la ville objet du rapport. Dans le cas de la prévalence dans la population générale ou en milieu scolaire, cela voudrait dire que les données signalées sont pondérées en fonction d'une estimation statistique des valeurs affectées à la population. Dans le cas des arrestations, les statistiques de l'administration représentent, par définition, la situation réelle, puisque seule la police est habilitée à arrêter des citoyens pour un délit lié aux drogues. Mais dans d'autres cas, comme celui des données relatives aux traitements, par exemple, les chiffres indiqués ne constituent souvent que des données administratives quantitatives qui représentent ou non, selon les cas, la situation réelle.

Sources, couverture et collecte des données

Conformément à leur mandat, les experts chargés de l'étude multivilles se sont toujours préoccupés des questions méthodologiques liées aux indicateurs. On

considère généralement que d'explicitier les sources, la couverture et le mode de collecte des données fait partie intégrante de tout rapport sur les indicateurs, puisque ces informations sont indispensables à l'évaluation de la fiabilité et de la comparabilité des données. Si, par exemple, les données relatives aux traitements ne couvrent que ceux qui privilégient l'abstinence, ou bien si elles couvrent également les services à bas seuil et les traitements dispensés par les médecins généralistes locaux, cela fait toute la différence du monde. Depuis 1998, les informations relatives aux méthodes sont présentées dans les rapports de façon normalisée, mais la question de savoir comment résoudre le problème posé par les différences entre les méthodes n'est pas encore tranchée.

L'avis des experts

Depuis la création du système de surveillance, la plupart des experts ont donné leur avis sur l'usage de stupéfiants et les problèmes de drogues dans les villes participantes, même quand ils ne disposaient pas de suffisamment de données quantitatives pour étayer leur évaluation de la situation ou des tendances perçues. Et même quand on dispose de données quantitatives sur les indicateurs et le contexte local, celles-ci sont souvent incomplètes; ou bien leur validité et leur fiabilité sont douteuses et les experts chargés de faire rapport n'ont pas les moyens de procéder à l'examen scientifique rigoureux des données locales disponibles. En conséquence, l'estimation des situations et des faits locaux a souvent reposé sur des approximations. L'une des principales fonctions des tables rondes d'experts organisées à l'occasion de leurs réunions annuelles a toujours été de discuter – voire de réfuter – ces estimations par approximation.

Ces dernières années, dans le cadre de l'étude multivilles et d'autres projets du groupe d'experts, on a entrepris de collationner systématiquement les opinions d'experts sur les faits observés et les tendances; ces professionnels sont priés de donner leur avis non seulement comme chercheurs scientifiques, mais aussi en qualité de spécialistes des objets soumis à leur surveillance. Les résultats initiaux ont semblé prometteurs et, à l'occasion de la troisième révision des lignes directrices de l'étude, les avis d'experts sur certains aspects des tendances ont été dûment incorporés au système de surveillance multivilles.

L'inclusion des opinions d'experts peut compenser le manque d'évaluations quantitatives des données d'indicateurs; elle peut également se révéler utile quand les données quantitatives dont on dispose ne sont pas considérées comme une estimation fiable et valide des valeurs intéressant la population. Bien que la finalité essentielle de l'étude multivilles soit d'élaborer et d'appliquer des indicateurs quantitatifs obtenus grâce à une démarche scientifique, on ne saurait fonder la mise en œuvre des politiques et des interventions en matière de drogues sur une absence totale d'informations – ce qui entraînerait du même coup l'impossibilité de déceler les tendances épidémiologiques. La collecte systématique des opinions d'experts a donc été reconnue comme faisant partie intégrante du système mondial de surveillance mis en place par le PNUCID, sur la base des réponses au questionnaire destiné aux rapports annuels. En 2002, indépendamment des formulaires

servant à la transmission des données quantitatives tirées des indicateurs, l'étude multivilles a également adopté un format standard pour recueillir les avis des experts. Reconnaissons toutefois qu'on n'a pas encore mis au point une méthode pratique et adéquate permettant d'évaluer les opinions des experts.

Le contexte local

Les données d'indicateurs reflètent, dans une certaine mesure, l'environnement dans lequel leur collecte a eu lieu. Cet élément est capital pour la compréhension et l'interprétation des tendances, en particulier lorsqu'il s'agit de comparer les données provenant de plusieurs villes. Les informations pertinentes sur le contexte peuvent porter sur tels aspects démographiques, socio-économiques et socioculturels d'une ville, sur ses antécédents en matière de consommation de stupéfiants, sur l'organisation et les ressources des structures d'intervention, sur l'évolution des politiques suivies et de la législation en matière de drogues et sur les réactions et l'attitude de la collectivité face à l'usage de drogues.

Si l'on admet généralement la nécessité de disposer d'informations sur le contexte local, il est difficile de choisir celles qui permettront de mieux comprendre et de mieux comparer les données tirées des indicateurs. À ce jour, les études comparatives des caractéristiques de l'usage de drogues qui tiennent compte du contexte local sont encore bien rares. Jusqu'en 1998, quand d'aventure on publiait des informations sur ce contexte, cela se faisait sans souci de présentation particulier. Et si cela donnait à l'expert chargé du rapport toute liberté de traiter de certains aspects qu'il jugeait importants pour sa ville, cela limitait les analyses comparatives, chaque expert pouvant s'attacher à des aspects différents. En 1998, l'étude multivilles décida d'améliorer la portée et la comparabilité des informations liées au contexte en introduisant un formulaire standard devant servir à cerner le profil des différentes villes et en organisant des ateliers "d'interprétation" structurés à l'occasion des réunions plénières du groupe d'experts.

La collecte d'informations sur le contexte local prenant beaucoup de temps et pouvant se révéler des plus complexes, on n'en modifie que rarement les modalités; dans le cadre de système de surveillance multivilles, leur collecte a lieu tous les quatre ou cinq ans avant la publication du rapport périodique sur l'étude multivilles.

Auxiliaires utiles

Présentation des rapports sur des formulaires standard

En 1998, la troisième révision du système de surveillance multivilles fut l'occasion d'introduire la collecte électronique des données. Si beaucoup y virent un progrès et un atout pour la présentation des rapports, les formats utilisés (Microsoft Word et les tableaux Excel) créaient plus de problèmes qu'ils n'en résolvaient, car ils dépendaient de plates-formes informatiques, de systèmes d'exploitation et versions

de logiciels. Lors de la révision de 2002, qui tint compte de l'évolution du questionnaire destiné aux rapports annuels du PNUCID, le questionnaire destiné au rapport annuel multivilles fut transféré sur un autre support, un logiciel spécialisé permettant de résoudre les difficultés rencontrées jusque-là et de construire automatiquement une base de données multivilles facile à utiliser. Les formulaires utilisés comprennent un lien automatique, axé sur le contenu, renvoyant aux lignes directrices applicables à l'étude multivilles.

On pourra se faire une idée de cette présentation en se référant à la page Internet du coordonnateur de l'étude multivilles: www.quinx.nl

Base de données

Dans le cadre de l'étude multivilles de 2000, une base de données fut construite à l'aide de toutes les données d'indicateurs collectées depuis 1991. Dans un avenir proche, les nouveaux formulaires électroniques destinés aux rapports annuels seront reliés à cette base de données, ce qui permettra aux experts de comparer les nouvelles données aux informations déjà enregistrées, ou à celles provenant d'autres villes.

Les chercheurs intéressés peuvent, en principe, accéder à des sous-ensembles de données d'indicateurs clefs. On obtiendra toutes informations à ce sujet en se portant au site: www.quinx.nl

Leçons tirées de l'expérience acquise

Une expérience de vingt années acquise dans le cadre de l'étude multivilles du Groupe Pompidou permet de tirer certaines conclusions quant à l'élaboration et à la maintenance des systèmes de surveillance et des réseaux multisites liés à l'usage des drogues et aux problèmes connexes:

a) L'étude multivilles a réussi à élaborer des indicateurs pertinents et a réalisé le consensus autour d'un ensemble de données d'indicateurs et de modèles communs de présentation des rapports devant permettre d'observer les tendances générales de l'abus des drogues et des problèmes connexes. La structure du réseau multivilles, qui repose davantage sur l'engagement personnel des experts concernés que sur l'assignation de tâches concrètes ou sur la représentation d'un gouvernement local, a été, en l'occurrence, un facteur déterminant. Le caractère informel du réseau permet de s'exprimer librement et de traiter avec souplesse des différents aspects de la toxicomanie. Le fait que les experts soient principalement tournés vers la recherche garantit que les indicateurs proposés et utilisés sont réévalués en permanence, afin de s'assurer qu'ils traduisent bien des tendances et des faits réels;

b) Cette structure informelle implique également que, lorsqu'il s'agit de fixer des priorités et d'exécuter les tâches assignées dans des délais prédéfinis, le réseau n'est pas axé sur les résultats. L'absence générale de liens directs avec les autorités locales signifie que, dans bien des cas, le réseau ne peut assurer, dans la

ville concernée, l'utilisation effective des instruments de surveillance. En conséquence, la collecte des données intéressant cette ville, nécessaire à la validation des indicateurs et à l'évaluation et à l'analyse des tendances européennes, souffre de graves imperfections, notamment en ce qui concerne la continuité des séries temporelles et la couverture et la comparabilité des données d'indicateurs. Le maintien et la poursuite de la surveillance multivilles exigent que les villes concernées assument la propriété et la responsabilité du système mis en place;

c) L'élaboration d'indicateurs et de formats de présentation doit aller de pair avec celle des outils nécessaires à la gestion du système de surveillance. Il ne s'agit pas seulement de prévoir des procédures efficaces de collecte des données, des services d'appui à l'usage des répondants et des bases de données accessibles, mais aussi l'envoi d'une information en retour aux villes qui fournissent les données. Longtemps, ce ne fut pas le cas. En raison de l'augmentation du nombre de villes participantes, du respect désormais plus strict des protocoles applicables aux indicateurs et de l'accroissement de la demande d'informations, alors que l'on manque d'outils qui permettraient une saine gestion des données, le système de surveillance a failli être la victime de son propre succès. Un système de collecte des données lacunaire et difficilement accessible ne permet pas d'analyser avec cohérence, ni de comprendre les caractéristiques et les tendances épidémiologiques.

Ce qui précède montre que l'on a tout intérêt à distinguer entre la conception et l'évaluation des systèmes de surveillance, d'une part, et leur mise en œuvre et leur maintenance, d'autre part. Car les sollicitations exercées sur les types de réseaux concernés ne seront pas les mêmes. Si la conception et l'évaluation trouvent leur compte dans des structures informelles axées sur la ville, la mise en œuvre et la maintenance, en revanche, requièrent des structures urbaines plus formelles, capables de garantir la continuité et l'infrastructure nécessaires.

Comprendre les tendances des drogues aux États-Unis d'Amérique: le rôle du Groupe de travail épidémiologique communautaire comme élément du système d'information global sur les drogues

Z. SLOBODA

*Institute for Health and Social Policy, Université d'Akron, Ohio
(États-Unis d'Amérique)*

N. J. KOZEL

*Division of Epidemiology, Services and Prevention Research,
National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health,
Bethesda, Maryland (États-Unis d'Amérique)*

RÉSUMÉ

Le Groupe de travail épidémiologique communautaire ou Community Epidemiology Work Group (CEWG) a célébré son vingt-cinquième anniversaire lors d'une réunion tenue en juin 2001. Ce fut pour lui l'occasion de faire le point sur sa contribution à une meilleure compréhension de l'abus de drogues et des caractéristiques de l'abus aux États-Unis d'Amérique. Dans le présent article, nous analysons cet apport sous deux aspects: la teneur de l'épidémiologie de l'abus des drogues et les méthodes utilisées dans l'épidémiologie de l'abus des drogues.

Mots clefs: Modèle CEWG; systèmes de surveillance; nouvelles caractéristiques de l'usage de drogues.

Introduction

Depuis la création de l'Institut national de lutte contre l'abus des drogues (NIDA) en 1974, un certain nombre de systèmes de données ont été établis pour évaluer l'usage d'alcool, de tabac et de stupéfiants aux États-Unis d'Amérique. Les enquêtes périodiques traditionnellement effectuées auprès des ménages et en milieu scolaire ont fourni des données de prévalence sur l'usage de ces substances et les problèmes qui en découlent. Si ces enquêtes fournissent des informations de qualité qui permettent d'orienter les politiques à suivre, elles ne renseignent pas, en revanche, sur les nouvelles tendances de l'usage de ces substances. En outre, ces enquêtes étant généralement onéreuses, elles ne furent menées jusqu'à tout récemment qu'à l'échelon national. L'estimation de la toxicomanie au sein des ménages, à l'échelon de l'État ou à l'échelon local faisait appel à un ensemble de méthodes

d'extrapolation posant chacune des problèmes de méthodologie, ce qui ne manquait pas d'affecter la validité des résultats. L'enquête nationale auprès des ménages, qui est la plus importante des enquêtes sur l'abus de drogues, est administrée par la Direction des services de la santé mentale et de la prévention et du traitement de l'abus de drogues, qui dépend du Ministère de la santé et des services à la personne des États-Unis. Cette enquête a récemment été élargie et pratique le suréchantillonnage des ménages dans plusieurs États.

Il a été plus difficile d'obtenir par les méthodes épidémiologiques traditionnelles des informations périodiques locales sur les tendances de l'abus, en particulier sur les nouvelles caractéristiques de l'usage. Au début des années 70, un groupe de thérapeutes désireux de procéder à une évaluation des besoins pour mieux planifier les services de la région de Washington, D.C., adapta des techniques de surveillance empruntées aux services de santé publique. Ils constituèrent un groupe d'experts qui avaient accès aux données ou qui étaient familiarisés avec l'usage d'héroïne dans la région. Les réunions du groupe permirent, non seulement d'estimer le nombre d'usagers problématiques de l'héroïne, mais aussi de détecter les nouvelles tendances et les autres problèmes liés à l'usage de drogues [1, 2]. C'est ainsi que naquit le Community Epidemiology Work Group (CEWG). C'est grâce au CEWG que l'on a pu appréhender la diversité des caractéristiques de l'usage de drogues et déceler les nouveaux modes d'usage. Les informations relatives à l'apparition de nouveaux problèmes ont été incorporées aux enquêtes effectuées auprès des ménages et en milieu scolaire, aux fins d'estimer la prévalence nationale. Les tendances émergentes, comme l'usage de méthaqualone (Quaalude), de flunitrazépam (Rohypnol), de crack de cocaïne et la récente augmentation de l'abus de cannabis, de méthamphétamine et d'héroïne ont été décrits; plus récemment, l'usage de chlorhydrate d'oxycodone (OxyContin), d'acide *gamma*-hydroxybutyrique (GHB) et autres drogues apparentées a été mis en évidence [3-5]. Le fait de pouvoir désormais compter, à la fois, sur les informations tirées des enquêtes auprès des ménages et en milieu scolaire et sur les rapports du CEWG a permis aux épidémiologistes et aux chercheurs engagés dans la prévention d'entreprendre de nouvelles analyses et de nouvelles études de prévention.

Description du Community Epidemiology Work Group (CEWG)

Dans sa composition actuelle, le CEWG est constitué de représentants de villes sentinelles* réparties sur l'ensemble du territoire des États-Unis, représentant les principales régions géographiques du pays et toute la diversité ethnique de sa population. Bien que les informations urbaines constituent l'essentiel des descriptions épidémiologiques concernant les zones représentées, les membres du CEWG ont récemment commencé à recueillir des informations dans les zones suburbaines et rurales qui jouxtent les zones principales. Les réunions du CEWG sont financées par le NIDA et ont lieu deux fois par an, en juin et en décembre. Au fil

*Atlanta, Baltimore, Boston, Chicago, Detroit, Honolulu, Los Angeles, Miami, Newark, La Nouvelle-Orléans, New York, Philadelphie, Phoenix, Saint Louis, San Diego, San Francisco, Seattle et Washington, D.C.

des années, les membres du CEWG et le personnel du NIDA ont mis au point des procédures de rapport standard, de manière à toujours recueillir des informations équivalentes [6]. Les membres ajoutent à cette base des données recueillies dans leurs régions respectives et, souvent, des renseignements d'ordre ethnographique et autres informations qualitatives intéressantes des régions données.

Le modèle du CEWG a séduit d'autres pays et régions du monde. Il semble particulièrement attrayant aux pays qui disposent de ressources humaines et financières limitées. Contrairement aux enquêtes et aux autres méthodes utilisées en épidémiologie, le modèle n'assume pas l'existence d'un mode d'abus particulier. L'objet premier du modèle est de recenser les drogues faisant l'objet d'abus, de décrire leur composition chimique et leurs effets psychoactifs, de déterminer leurs modes d'administration et d'établir les caractéristiques des populations qui en abusent. Une fois ces paramètres compris, il devient possible d'élaborer d'autres études descriptives et de concevoir des études analytiques fondées sur des hypothèses.

Ce modèle repose sur deux composantes essentielles: les experts, familiarisés avec l'abus des drogues dans leurs communautés respectives, et les données disponibles ou faciles à se procurer auprès d'un certain nombre d'organismes locaux. Le groupe d'experts se réunit et résume, dans un format standard, les données provenant d'un large éventail de sources "passives", comme les rapports et autres bases de données existants, et "actives", comme les enquêtes auprès de la population. Ils soumettent ensuite un rapport sur les tendances actuelles observées dans une région donnée et en discutent, aux fins de repérer des éléments communs ou de déceler de possibles influences sur toute évolution enregistrée. Ils repèrent également les lacunes de leur base de données, décident lesquelles devront être comblées par priorité et définissent les moyens de le faire. Un rapport est alors établi, qui résume les données et l'issue des discussions; il est diffusé aux responsables politiques, aux planificateurs et aux responsables de programmes, ainsi qu'à d'autres chercheurs.

L'histoire de la toxicomanie nous permet de savoir où chercher des données concernant les usagers des stupéfiants. Chaque drogue a un effet physiologique particulier sur son usager. La plupart des drogues ne sont pas consommées pures et peuvent être mélangées à d'autres substances nocives. Qui plus est, la façon même dont une drogue est absorbée peut avoir des incidences sur la santé. Par exemple, s'injecter une drogue, surtout avec une aiguille sale, peut provoquer une embolie, un caillot, une septicémie ou autres infections exigeant des soins médicaux, le plus souvent dans le service d'urgences d'un hôpital. Parfois, le toxicomane meurt, victime d'une surdose. On sait aussi qu'à mesure que s'accroît la dépendance d'une drogue l'usager acquiert une tolérance et a besoin de doses de plus en plus fortes pour obtenir l'effet désiré et se prémunir contre les symptômes du manque. De ce fait, il arrive que des usagers réclament spontanément un traitement; mais le plus souvent, c'est leur famille, leur employeur ou le système judiciaire qui les y conduit. Enfin, les toxicomanes violent parfois la législation sur les stupéfiants ou se livrent à des activités illicites pour subsister et entretenir leur dépendance. L'histoire de la toxicomanie montre qu'il existe six sources possibles

d'information sur les usagers des drogues: les registres des admissions dans les hôpitaux et les services d'urgence; les rapports des services de santé publique sur les maladies infectieuses; les rapports sur le contrôle des substances toxiques; les registres des décès tenus par les médecins, les coroners ou autres officiers de la fonction publique; les admissions dans des centres de cure de la toxicomanie; et les rapports sur les arrestations.

Bien que ces sources d'information soient bonnes, elles n'en comportent pas moins des limitations: *a)* elles incluent des personnes qui n'ont peut-être consommé de drogues qu'une seule fois; *b)* elles ne sont pas "axées sur la population", en d'autres termes, les chiffres indiqués ne permettent pas d'inférer la prévalence ni la fréquence de l'usage dans la population générale; *c)* un usager pouvant apparaître sur un ou plusieurs registres, un enregistrement ne peut être consulté isolément, c'est à dire indépendamment des autres; et *d)* les inscriptions sur les registres se ressentent de tout changement politique et administratif (ainsi, lorsque, pour ménager l'opinion publique, un fonctionnaire municipal exige une descente de police contre les toxicomanes de sa ville, le nombre des arrestations augmente.) En outre, nombre de programmes d'intérêt public sont conçus à l'intention de personnes aux revenus modestes, ce qui introduit un autre biais potentiel. L'expert local est plus conscient que quiconque des facteurs susceptibles d'influer sur la teneur des informations recueillies.

Les réseaux se servent aussi d'autres données liées à la répression, comme les informations sur les saisies, qui renseignent sur les quantités et les types de drogues saisies pendant une période donnée. Ils recueillent également des données sur le prix et la qualité des drogues vendues sur le marché. La façon d'utiliser ou d'interpréter ces données souffre, elle aussi, de certaines limitations, mais il est surprenant de constater que, dans le temps, le prix et la qualité des drogues vendues dans la rue gagnent en signification, notamment quand cette information est utilisée avec d'autres, puisées à des sources plus fiables.

Ce modèle peut être utilisé pour une ville, un pays ou une région. Quand certaines zones d'un pays – ou couvrant plusieurs pays – souhaitent mettre sur pied un système plus vaste, ce système ou réseau doit inclure des représentants de chacun des systèmes ou réseaux locaux. Chaque représentant devra présenter les observations de son propre réseau. Les discussions doivent porter sur la zone géographique élargie, de manière à pouvoir déceler des tendances communes.

Plusieurs pays ont adapté ce modèle à leur propre usage. Les informations concernant le CEWG peuvent être puisées à plusieurs sources. Au cours des vingt-cinq dernières années, les épidémiologistes, les autres chercheurs et les décideurs politiques ont été invités à assister à ses réunions et à présenter des exposés sur les caractéristiques de l'usage de drogues dans leur pays. C'est en procédant de la sorte que le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe a créé, en 1982, un groupe d'experts sur l'épidémiologie. Ce groupe avait pour mission de mettre sur pied des systèmes de surveillance permettant d'évaluer la nature et l'ampleur de l'abus de drogues et des problèmes connexes en Europe [7]. Au cours des vingt dernières années, plusieurs centaines d'experts en provenance de plus de 40 pays européens ont participé, pour un temps, aux activités du groupe d'experts. Chaque État mem-

bre de la Commission européenne envoie un représentant à sa réunion annuelle et fait rapport sur les modes d'usage dans son pays. Des villes sentinelles, le plus souvent les capitales de certains États membres, ont été choisies comme sites des activités de collecte des données. Certains pays ont créé leur propre groupe épidémiologique et choisi des villes sentinelles dans des régions autonomes.

Les responsables mexicains de la santé se sont, eux aussi, intéressés au modèle CEWG et ont commencé à recueillir des informations sur l'abus des drogues dans certaines zones clefs. Le Mexique a toutefois adapté le modèle à son propre usage: plutôt que de se contenter d'étudier les données existantes, on y a élaboré des outils devant servir aux entretiens dans divers contextes; ces outils ont été testés sur un échantillon d'usagers pour déterminer les types de drogues utilisés, ainsi que les modes d'administration et la fréquence de l'usage. L'alcoolisme étant considéré comme le principal problème de santé publique, ces outils ont également servi à recueillir des informations sur la consommation d'alcool. Si les épidémiologistes mexicains ont recouru à ce mode actif de collecte des données, c'est qu'une bonne part des données existantes étaient incomplètes ou manquantes. Ce modèle enrichi a été adopté par un certain nombre d'autres pays lorsqu'ils ont élaboré leur propre système d'information sur l'abus des drogues [8].

Ces modèles (ou des variantes tirées de ces modèles) ont été utilisés au Canada, en Amérique centrale, en Amérique du Sud, en Asie du Sud et du Sud-Est et en Afrique australe. Le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues a mis au point un manuel sur l'autoformation et la formation de groupe pour à l'usage des pays qui souhaitent se doter de systèmes d'information sur l'abus des drogues.

L'apport du CEWG à une meilleure compréhension du problème de la toxicomanie

Au cours des vingt-cinq dernières années, le CEWG a aidé à mieux comprendre le fond du problème dans trois domaines clefs: en définissant les nouvelles tendances, en étudiant la relation spatio-temporelle des caractéristiques et pratiques de l'abus de drogues et en formulant les questions intéressant la recherche.

Nouvelles tendances

Dans le passé, les nouvelles caractéristiques de l'usage étaient principalement décelées par les bureaux statistiques de la police et des services d'urgence des hôpitaux. Ces systèmes notent généralement les tendances observées dans la population des usagers de drogues un ou deux ans avant d'enregistrer les tendances observées dans la population générale, au moyen d'enquêtes auprès des ménages et en milieu scolaire. À presque toutes les réunions du CEWG, des rapports sur les nouveaux modes de consommation sont présentés, qu'il s'agisse de nouvelles drogues, de combinaisons de drogues, de nouveaux modes d'administration, voire de nouvelles populations d'usagers. Depuis la création du CEWG plusieurs tendances nouvelles ont ainsi été observées.

Parmi les nouvelles drogues signalées, citons la méthaqualone (Quaalude), à la fin des années 70, le crack de cocaïne, au début des années 80, le flunitrazépam (Rohypnol), au début des années 90, et, plus récemment, le GHB et le chlorhydrate d'oxycodone (OxyContin). La détection de ces drogues permit l'intervention des organismes de santé publique dans les communautés concernées, ceux-ci alertèrent les hôpitaux et les services de police et se servirent de la presse écrite et des médias pour avertir le grand public. Si les réactions face à l'apparition du crack de cocaïne furent lentes, elles furent plus immédiates et de plus grande portée pour d'autres drogues. Informer le public de l'apparition de nouvelles drogues est l'un des objectifs prioritaires du CEWG et de son organisme de tutelle, le NIDA, qui rédige et diffuse à l'intention de la collectivité des bulletins d'alerte sur les nouvelles drogues.

L'un des nouveaux modes d'administration, signalé au début des années 90, consistait à remplir de cannabis de gros cigares. Appelés "blunts", ces cigares furent d'abord repérés parmi les adolescents afro-américains du nord-est des États-Unis. Ils les accompagnaient généralement d'une bouteille d'un litre d'alcool de malt. Cet usage se répandit à d'autres régions du pays. L'usage combiné de "blunts" et d'alcool devint si prévalent que l'on commença à en parler dans les films et la musique rap. À la fin des années 80, la Drug Enforcement Administration des États-Unis s'aperçut que les groupements colombiens engagés dans la préparation et le trafic de cocaïne cultivaient aussi du pavot à opium [9]; au début des années 90, l'héroïne colombienne apparut sur le marché. Cette héroïne était plus pure que celle en provenance d'Asie, assez pure en tout cas pour induire des effets psychoactifs puissants, même si on se contentait de la "sniffer". À la même époque, les scientifiques démontrèrent le lien existant entre l'usage d'héroïne (ou d'héroïne associée à de la cocaïne) par injection et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). On pensait donc que l'héroïne consommée autrement que par injection était d'un usage plus sûr. L'offre sur le marché d'une héroïne pure à un prix peu élevé conduisit les services de répression et les centres de traitement à multiplier les rapports sur l'usage d'héroïne "en sniffant"; dans le même temps, les rapports faisant état d'usage d'héroïne par injection se firent plus rares. Dernier exemple de détection par le CEWG d'un nouveau mode de consommation: l'injection de crack de cocaïne. Jusqu'à la réunion du CEWG tenue à La Nouvelle-Orléans en décembre 1994, aucun rapport n'avait jamais fait état de la consommation de cocaïne par injection. À cette occasion, Rodolphe Ingold, un psychiatre parisien, fit état d'un groupe d'usagers de crack qui s'injectaient la cocaïne après l'avoir dissoute dans du jus de citron [10]. Après sa communication, d'autres rapports commencèrent à signaler l'usage de crack dissous dans du vinaigre ou du jus de citron. Ce nouveau mode de consommation inquiéta beaucoup les services de santé publique car il augmentait sensiblement le risque de voir les usagers contracter le VIH ou une hépatite.

Le CEWG prend également note des nouveaux groupes démographiques qui se mettent à consommer des drogues. Tout au long des années 90, l'usage d'héroïne (d'abord en sniffant, et, plus tard, par injection) parmi les jeunes des banlieues, a fait l'objet d'une surveillance dans les villes sentinelles. Plus récemment, alors que

la consommation de crack de cocaïne diminuait dans certaines populations, en particulier chez les Afro-américains, elle augmenta chez les Hispano-américains. L'un des grands changements constatés au cours de la dernière décennie concerne l'usage de méthamphétamines. La fabrication et l'abus de méthamphétamines étaient déjà endémiques dans certaines régions des États-Unis, principalement la Californie, sur la côte Ouest. Toutefois, vers le milieu des années 80, les rapports d'autres villes commencèrent de signaler un usage croissant de méthamphétamines. Dans les années 90, cet usage n'avait pas seulement gagné des régions jusque-là épargnées, mais touchait aussi des groupes d'âge plus jeunes. Les informations de la Drug Enforcement Administration, venant s'ajouter aux rapports de CEWG, montrèrent que ces méthamphétamines provenaient du Mexique; leur acheminement empruntait les voies utilisées pour le trafic de cannabis. D'autres renseignements indiquaient que les trafiquants mexicains qui vendaient le cannabis fabriquaient et distribuaient aussi des méthamphétamines.

Pour les membres du CEWG, l'enjeu principal consiste à déceler l'apparition des nouveaux modes d'usage et leur propagation à d'autres régions du pays.

Caractéristiques spatio-temporelles de l'usage de drogues par injection

À l'instar d'une maladie infectieuse se propageant par épidémie, les divers modes d'usage des drogues se répandent selon un axe spatio-temporel. Les rapports du CEWG révèlent nombre de traits communs entre les caractéristiques de l'abus de drogues traditionnelles, comme le cannabis, l'héroïne et la cocaïne. Il semble toutefois que des modes d'usages particuliers soient endémiques dans certaines régions du pays. Par exemple, comme indiqué ci-dessus, la consommation de méthamphétamines est déjà solidement implantée sur la côte Ouest du pays, notamment en Californie. Chaque région a ses problèmes particuliers. À Washington, D.C., par exemple, la consommation de phencyclidine (PCP) a connu un pic, suivi d'un déclin. Dans certaines villes, les caractéristiques de l'usage contredisent celles que l'on a pu observer ailleurs, témoin la faible consommation d'héroïne à Miami ou à San Francisco, ou l'apparition tardive du crack à Chicago. Ces caractéristiques ont cependant évolué avec le temps et la consommation de ces drogues augmente aujourd'hui dans ces villes, comme ailleurs. Et si, lors des réunions du CEWG, les représentants des différentes villes échangent leurs expériences en matière de détection, de prévention et de traitement, les services publics, pour leur part, ont souvent le sentiment d'être débordés par la diffusion des nouveaux modes d'abus.

L'exemple ci-dessus, relatif à la propagation de l'usage de méthamphétamines dans le pays, est un bon exemple de relation spatio-temporelle. Les autorités réagissent en lançant des avertissements au public, en introduisant des programmes de prévention dans les communautés où l'on avait noté un usage de méthamphétamines parmi les élèves des écoles secondaires et en organisant des conférences et des ateliers à l'intention des médecins et des responsables des services de santé locaux, afin de les familiariser avec les caractéristiques de l'abus de méthamphétamines et avec les méthodes de prévention et de traitement.

Formulation des questions intéressant la recherche

Les discussions sur les particularités géographiques de l'usage de drogues et la détection des caractéristiques locales ont tout naturellement conduit à se poser des questions et à formuler des hypothèses. Nombre d'entre elles sont d'abord discutées dans le cadre d'études ethnographiques ou qualitatives. Les questions intéressant la recherche sont examinées et précisées au sein de groupes de discussion ou dans le cadre d'études ethnographiques en profondeur; puis on définit des populations cibles et un plan d'échantillonnage et on élabore des programmes de recherche plus approfondis. Pach et Gorman ont décrit une étude sur la méthamphétamine lancée suite à de tels travaux préliminaires [11]. Six villes furent choisies aux fins de l'étude envisagée. Il se trouvait parmi elles des villes où l'usage d'amphétamine était endémique, d'autres où cet usage venait seulement de commencer et d'autres où les caractéristiques de l'usage n'étaient pas clairement établies. Les chercheurs sur le terrain avaient été préalablement informés des caractéristiques de la population d'utilisateurs; on leur suggéra également des domaines de recherche à explorer. Deux autres questions intéressant la recherche furent formulées par les participants à des réunions récentes du CEWG: 1) Pourquoi le nombre des admissions dans les services d'urgence des hôpitaux augmente-t-il?, et 2) Pourquoi l'usage de crack de cocaïne diminue-t-il dans la population afro-américaine?

Apport du CEWG aux méthodes employées dans l'épidémiologie de la toxicomanie

Les travaux du CEWG ont enrichi de plusieurs façons les méthodes employées dans l'épidémiologie de l'abus de drogues. La première a consisté à décrire la situation en matière d'abus, donc à "brosser le tableau" de la situation prévalant dans une zone géographique déterminée. La deuxième a amené les chercheurs à utiliser les ensembles de données existants. La troisième a porté sur l'intégration d'informations quantitatives et qualitatives. La quatrième, enfin, a concerné l'incidence d'une telle approche sur les autres pays du monde.

Description de la situation locale en matière d'abus

Au cours des vingt-cinq dernières années, on s'est aperçu lors des réunions du CEWG que certains modèles de consommation prévalaient davantage dans certaines villes que dans d'autres. Un mode d'usage ne reflète pas seulement les réseaux de distribution existants, mais aussi les modes de vie communément admis des habitants d'une zone géographique donnée. Il peut s'agir d'activités ou de traditions dominantes. Les chercheurs ont découvert avec intérêt que certains modèles de consommation restaient circonscrits à une zone particulière ou à une sous-population donnée et ne s'étendaient pas à d'autres zones ou sous-populations. Le modèle

CEWG permet d'obtenir un "tableau" de la situation en matière d'abus, surtout quand on puise des données à différentes sources et à différents moments. Cet aperçu général est utile aux services de traitement, aux médecins engagés dans la prévention, aux services de répression et au personnel des centres pénitentiaires, ainsi qu'aux responsables politiques. Car ces informations permettent d'élaborer des interventions ciblées, conçues en fonction de populations spécifiques. En outre, cette description de la situation existante est un premier pas vers la réalisation d'études ethnographiques ou qualitatives approfondies.

Utilisation des ensembles de données existants

Le CEWG a déjà acquis une expérience considérable dans l'utilisation des ensembles de données existants, la présentation des rapports et la conception d'approches analytiques permettant de gérer des ensembles de données aussi variés que non systématiques. D'une manière générale, la plupart des collectivités des États-Unis disposent d'informations sur les arrestations liées aux drogues et les admissions dans les centres de traitement. Dans nombre des modèles évoqués ci-dessus, ces données, jointes aux entrevues avec des informateurs clefs, constituent la base des systèmes d'information sur l'abus des drogues. Le CEWG a été plus loin en incluant des informations provenant des services d'urgence des hôpitaux, des médecins ou des coroners, des centres antipoison, ainsi que des données sur les saisies (informations sur les qualités et les prix). Plus récemment, on a incorporé aux ensembles de données existants des informations émanant des services de contrôle des maladies infectieuses, pour tenir compte, non seulement des cas de VIH dénombrés parmi les toxicomanes, mais aussi des cas d'hépatite B et C enregistrés. Et si, comme nous l'avons dit plus haut, chaque source de données a ses propres insuffisances, les membres du CEWG ont appris par expérience à évaluer l'intérêt de chaque ensemble de données et à gérer ces imperfections. Connaître les modèles de consommation des drogues dans une région géographique donnée permet de broser un tableau général de la situation qui améliore l'interprétation des données.

Intégration des informations quantitatives et qualitatives

Le modèle CEWG se prête bien à l'intégration des informations quantitatives et qualitatives. L'examen des données existantes amène à étudier plusieurs questions ou hypothèses découlant des observations effectuées. Nombre de ces études exploratoires ont débouché sur des analyses – quantitatives et qualitatives – plus approfondies, dont les résultats ont, eux aussi, été intégrés aux études en cours. Les données qualitatives étoffent et enrichissent les informations quantitatives, mettant ainsi en valeur les conclusions de ces études.

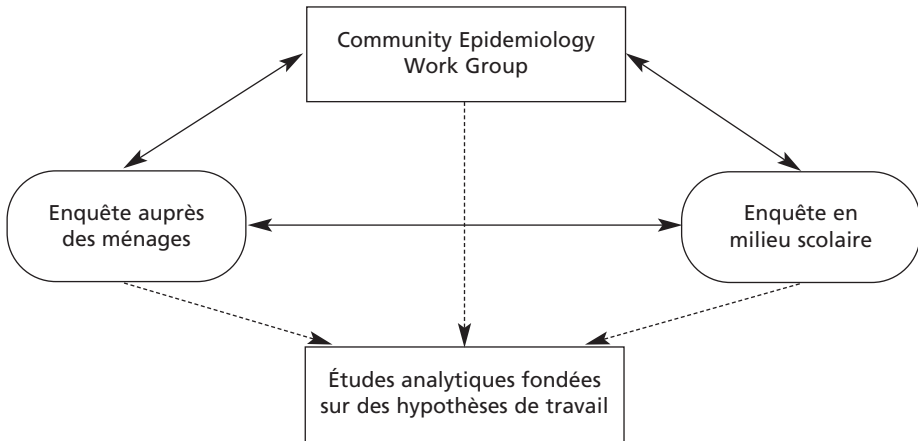
Des études ethnographiques pilotes ont également été lancées pour approfondir les questions suscitées par les observations du CEWG. Le processus consistant à concevoir des travaux de recherche à partir de questions découlant des données

quantitatives et à étudier leur signification en recourant à des méthodes qualitatives a été décrit dans une série d'études lancées dans le cadre du projet CEWG [12]. Les questions intéressant la recherche ont été formulées au terme d'un dialogue entre le représentant du CEWG et un ethnographe; les études ethnographiques pilotes qui en résultèrent visaient à élucider des questions présentant un intérêt pratique pour la collectivité. Cette série d'études visait également à concevoir un processus qui permettrait d'intégrer les données inédites résultant de l'utilisation de méthodes de recherche quantitatives et qualitatives. Les résultats de cette initiative montrent bien les avantages connexes de l'approche préconisée par le CEWG: possibilité d'entrer en contact avec les chercheurs et les employés des services communautaires locaux, recensement des questions qui exigent une attention urgente, lancement de travaux de recherche ciblés et dûment motivés et transmission aussi rapide que possible d'une information en retour aux planificateurs et aux administrateurs de la santé publique.

Élaboration d'un système d'information

Sans doute l'apport le plus important du CEWG a-t-il été de reconnaître qu'un système d'information fondé sur les données existantes pouvait aider à mieux comprendre les caractéristiques de l'abus des drogues dans une zone géographique déterminée. Cette façon novatrice et peu onéreuse de rassembler des informations sur les types et les modèles d'abus et de recenser les caractéristiques et le lieu de résidence des populations de toxicomanes a aidé les responsables politiques à concevoir des stratégies portant, à la fois, sur la réduction de l'offre et de la demande, et d'en évaluer l'impact. L'histoire du CEWG et l'importance de son apport ont prouvé la valeur d'une telle approche. En conséquence, celle-ci a été recommandée, partout aux États-Unis, par les planificateurs des collectivités et adoptée dans le monde entier par les professionnels de la lutte antidrogue. Un système d'information associant le modèle CEWG aux enquêtes effectuées parmi la population et en milieu scolaire fournit les meilleures données possibles pour fonder la planification des programmes et recenser les domaines dans lesquels une recherche plus approfondie s'impose. Le graphique ci-après montre le système idéal: à l'aide d'informations de type CEWG jointes aux données des enquêtes de population ou des enquêtes auprès des ménages ou en milieu scolaire, on obtient un tableau de l'usage des drogues dans une communauté donnée. Les nouveaux problèmes sont ainsi évalués en fonction des modèles d'usage prévalents de certaines drogues désignées (enquêtes auprès des ménages ou en milieu scolaire) et en fonction de la date d'initiation à ces modèles d'usage (enquêtes en milieu scolaire). Les caractéristiques de l'usage observées grâce aux systèmes de type CEWG aident à formuler les questions à poser lors des enquêtes auprès des ménages ou en milieu scolaire, ce qui permet de déterminer dans quelle mesure ces modèles d'usage se sont propagés dans la population générale. Les données obtenues à toutes ces sources rendent possible l'établissement d'une liste de questions qu'il faudra étudier en profondeur à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives.

Système épidémiologique intégré d'informations sur les drogues



Conclusion

L'abus de drogues est un grave problème de santé, partout dans le monde. Cependant, l'essence même des comportements en matière de toxicomanie empêche souvent les services de santé publique de recourir aux méthodes épidémiologiques traditionnelles pour évaluer la nature et la portée de ces comportements dans une zone géographique déterminée. L'abus de drogues constitue pour le chercheur une véritable gageure car il évolue constamment. Il faut donc surveiller en permanence les types de drogues consommés et leur mode de consommation, ainsi que les caractéristiques démographiques des populations d'utilisateurs. Le modèle CEWG mis au point aux États-Unis au début des années 70 se prête particulièrement bien à cette tâche. Au cours des trois dernières décennies, l'expérience acquise par les membres du CEWG dans la description minutieuse des modèles d'abus et la détection des nouveaux modes de consommation ont grandement aidé les services de santé publique à élaborer des stratégies permettant de s'attaquer aux problèmes avant qu'ils ne commencent à se propager. Cet outil de santé publique peut être utilisé à l'échelon local, national, régional et international. En intégrant la masse d'informations obtenues à l'aide du modèle CEWG aux résultats des enquêtes auprès des ménages et en milieu scolaire, on dispose d'une base solide permettant de décrire les pratiques en matière d'abus dans une zone géographique déterminée. En outre, les questions que cette masse de données pose aux chercheurs peuvent être étudiées dans le cadre d'une recherche analytique ou fondée sur des hypothèses de travail. De toute évidence, la diffusion rapide du modèle CEWG à d'autres pays et régions du monde prouve l'efficacité d'une telle approche.

Références

1. R. L. Dupont et T. E. Piemme, "Estimation of the number of narcotic addicts in an urban area", *Medical Annals of the District of Columbia*, vol. 42, n^o 7 (1972), p. 323-326.
2. Z. Sloboda et N. J. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", *Drug Abuse Origins and Interventions*, M. D. Glantz et C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), p. 47-62.
3. États Unis d'Amérique, Institut national de lutte contre l'abus des drogues et Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Advance Report, December 2001*. Texte disponible en ligne sur le site: <http://www.drugabuse.gov/CEWG/AdvancedRep/1201ADV/1201adv.html> (consulté le 13 novembre 2002).
4. États Unis d'Amérique, Institut national de lutte contre l'abus des drogues et Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume I: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group; Highlights and Executive Summary, Revised December 2001*, NIH publication n^o 02-5109 (Bethesda, Maryland, mai 2002).
5. États Unis d'Amérique, Institut national de lutte contre l'abus des drogues et Community Epidemiology Work Group, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Community Epidemiology Work Group, December 2001, Volume II: Proceedings*, NIH publication n^o 02-5110 (Bethesda, Maryland, avril 2002).
6. États-Unis d'Amérique, Institut national de lutte contre l'abus des drogues, *Assessing Drug Abuse within and across Communities*, NIH publication n^o 98-3614 (Bethesda, Maryland, 1998).
7. R. Bless, "Les expériences du réseau multivilles du Groupe Pompidou, 1983-2002", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. LV, n^{os} 1 et 2 (2003).
8. M. E. Medina-Mora et al., "Mexique: systèmes de diagnostic épidémiologique de l'abus des drogues", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. LV, n^{os} 1 et 2 (2003).
9. États Unis d'Amérique, Drug Enforcement Administration: "Source to the street: mid-1993 prices for cannabis, cocaine, heroin", DEA-93036, Washington, D.C., septembre 1993.
10. États Unis d'Amérique, Institut national de lutte contre l'abus des drogues, *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, Volume II: Proceedings, Community Epidemiology Work Group, December 1994*, NIH publication n^o 95-3989 (Bethesda, Maryland, 1995), p. 334
11. A. Pach III et E. M. Gorman, "An ethno-epidemiological approach for the multi-site study of emerging drug abuse trends: the spread of methamphetamine in the United States of America", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. LIV, n^{os} 1 et 2 (2002).
12. M. H. Agar et N. J. Kozel, eds: "Special issue on ethnography and substance use: talking numbers", *Substance Use and Misuse*, vol. 34, n^o 14 (1999).

L'épidémiologie des drogues dans les institutions européennes: contexte historique et indicateurs clefs

R. L. HARTNOLL

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (Portugal)

RÉSUMÉ

Le présent article retrace l'évolution de l'épidémiologie des drogues en Europe depuis les années 60, dans un contexte où la perception du phénomène de la toxicomanie et les besoins en information des décideurs politiques ont changé. Nous nous attachons en particulier à montrer que l'élaboration d'indicateurs épidémiologiques a fait partie intégrante des nouveaux instruments et structures conçus par les instances politiques et institutionnelles européennes pour combattre les drogues illicites. Nous prenons acte aussi de l'évolution de l'épidémiologie dans les autres régions du monde et de la collaboration qui s'est instaurée entre différents réseaux de chercheurs.

C'est au début des années 70 que l'Europe manifesta son intérêt pour l'épidémiologie en créant le Groupe Pompidou. L'élaboration d'indicateurs s'accéléra dans les années 80, après la création d'un groupe d'experts en épidémiologie au sein du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. Cela préfigurait la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) par l'Union européenne, en 1993.

Au cours des années 90, l'OEDT et les États membres mirent au point cinq indicateurs épidémiologiques clefs de la prévalence de l'abus et des problèmes sanitaires connexes, afin d'améliorer la qualité et la comparabilité des données de base nécessaires à la description et à l'analyse du phénomène de la toxicomanie à l'échelon européen. Au début des années 2000, ces indicateurs furent adoptés par les États membres, entérinés par le Conseil de l'Europe et incorporés à la Stratégie antidrogue et au Plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue (2000-2004). Il s'agit maintenant de faire appliquer ces indicateurs clefs dans les pays membres, afin de jeter les bases d'un système d'information épidémiologique européen sur les drogues. L'interprétation correcte des résultats et la formulation de réponses correspondant aux besoins des responsables politiques exigent que l'on complète ces indicateurs par une recherche quantitative et qualitative et par des informations liées au contexte local.

Mots clefs: épidémiologie; systèmes de surveillance des drogues; indicateurs; Europe.

Racines historiques de l'épidémiologie des drogues en Europe

L'épidémiologie des drogues en Europe a des racines multiples; elle a subi l'influence de diverses disciplines, non seulement celle de l'épidémiologie et de la surveillance sanitaire classiques, mais aussi celle de l'épidémiologie clinique, de la sociologie, de la psychologie sociale, de la démographie, de l'anthropologie, de la criminologie et de l'économie. L'évolution de cet animal hybride s'est faite à des rythmes variés et sous l'impulsion de différents acteurs selon les pays; il n'est donc pas surprenant que l'on ait pu interpréter diversement l'expression "épidémiologie des drogues".

L'évolution de l'épidémiologie des drogues reflète également certaines particularités de la toxicomanie qui ont suscité des inquiétudes à divers moments, d'abord à l'échelon national, puis, à partir des années 70, à l'échelon européen. Le présent article retrace cette évolution dans un contexte où la perception du phénomène de la toxicomanie et les besoins en information des responsables politiques ont changé. Il ne décrit pas la situation qui prévaut dans les différents pays et n'énumère pas non plus le nombre impressionnant de travaux de recherche épidémiologique entrepris. Il se propose plutôt de montrer comment l'épidémiologie (et plus particulièrement les indicateurs épidémiologiques) a évolué, dans le cadre des nouveaux instruments et structures conçus par les instances politiques et institutionnelles européennes pour combattre les drogues illicites.

Les premiers exemples observés en Europe

La consommation nationale de drogues n'a pas véritablement posé de problèmes en Europe jusqu'aux années 60, encore qu'au début du siècle certains pays aient connu des problèmes particuliers, liés notamment à l'usage de cocaïne ou au traitement de l'opiomanie. L'un des premiers exemples de problème ayant nécessité l'instauration d'un système de surveillance a été enregistré au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, où le ministère de l'intérieur introduisit un registre des toxicomanes homologués. Instauré au milieu des années 30, ce registre fut maintenu jusque dans les années 90.

D'une manière générale, cependant, l'intérêt pour les études épidémiologiques ou les systèmes permettant de décrire ou de dépister la toxicomanie ne se manifesta en Europe qu'avec l'émergence, dans les années 60 et 70, d'une culture de la drogue qui inquiéta les autorités et fut à l'origine de nombreuses études et enquêtes, principalement (mais pas exclusivement) en Europe du Nord, par exemple en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Scandinavie et au Royaume-Uni. On s'intéressa notamment aux dossiers cliniques et aux statistiques des hôpitaux, aux données communiquées par la police ou les services de médecine légale, aux études réalisées auprès de petits groupes de toxicomanes et aux enquêtes effectuées parmi des échantillons locaux, ou parfois nationaux, d'étudiants et d'adolescents. Les enquêtes effectuées à l'époque portaient principalement sur l'usage de cannabis, bien que l'on y inclût aussi les amphétamines et le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD). En Norvège et en Suède, ces enquêtes ont toujours lieu de nos jours.

Les études fondées sur des sources cliniques montrèrent que l'on avait affaire à deux types de populations: un groupe plus âgé, composé principalement de femmes, d'usagers des barbituriques, de la morphine ou d'autres drogues d'origine médicinale, et un groupe plus restreint de jeunes clients, le plus souvent des hommes, qui consommaient un assortiment de drogues, dont des opiacés, des amphétamines et/ou du cannabis, dans un contexte non médical et sous l'influence de leur entourage. Dans un petit nombre de pays, en Suède et au Royaume-Uni, par exemple, les amphétamines firent l'objet d'enquêtes dans les années 50 et au début des années 60, avant que le cannabis ne devînt un sujet de préoccupation.

Plusieurs études épidémiologiques de l'héroïne furent effectuées à la fin des années 60 et au début des années 70, en particulier au Royaume-Uni. Citons notamment l'étude de R. de Alarcón sur la propagation, au cas par cas, de l'héroïnomanie dans une ville anglaise, dans les années 60 [1]. Les premières tentatives d'estimation de la prévalence remontent, elles aussi, à cette époque; elles se fondaient, au Royaume-Uni, par exemple, sur des techniques de dénomination ou des méthodes de multiplicateurs [2] et, en Suède, sur la recherche de cas et les méthodes de capture/recapture [3]. Parurent également des études sociologiques qui décrivaient les groupes de consommateurs de drogues ou analysaient l'interaction entre l'évolution des modes de consommation et les perceptions et les réactions de la société (voir, par exemple, Plant [4] et Young [5]).

Faits nouveaux intervenus en Europe et sur le plan international

L'évolution des modèles d'usage dans les années 60 stimula également l'intérêt pour la recherche épidémiologique à l'échelon international, aux Nations Unies, et plus particulièrement à l'OMS (voir, Granier-Doyeux [6]). Le président français de l'époque, Georges Pompidou, proposa, en août 1971, de renforcer la coopération et la coordination européennes et notamment d'entreprendre des études épidémiologiques conjointes. Une conférence ministérielle réunissant les six membres de la Communauté économique européenne (CEE) et le Royaume-Uni, tenue à Rome en octobre 1972, adopta un programme de coopération pluridisciplinaire couvrant l'action sanitaire, l'action éducative et l'information, les mesures répressives et l'harmonisation des législations [7]. Ce programme, connu par la suite sous le nom de Groupe Pompidou, prévoyait aussi une coopération avec des pays non membres de la CEE, comme, par exemple, la Suède. La Division de la santé publique du Conseil de l'Europe reconnut, elle aussi, la nécessité de faire réaliser des études épidémiologiques et publia un rapport sur l'état de la toxicomanie dans 19 pays d'Europe [8]. Il fut suivi, en 1973, par une résolution du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe, qui contenait un appel en faveur d'une plus grande coopération en matière d'échange d'informations sur les drogues et les problèmes sanitaires et sociaux y associés [9]. (Notons qu'il ne faut pas confondre le Conseil de l'Europe avec le Conseil européen, qui est l'instance décisionnaire de l'Union européenne – anciennement CEE; c'est l'une des plus anciennes organisations de coopération, qui couvre un grand nombre de pays d'Europe occidentale et de l'Est.)

D'importantes innovations méthodologiques virent également le jour dans les années 70 aux États-Unis et au Canada; elles influèrent sur les travaux européens en matière d'études épidémiologiques et d'indicateurs des drogues dans les années 80. Il s'agissait notamment de systèmes de notification des urgences et des décès liés aux drogues, de systèmes de déclaration des traitements axés sur le patient, d'applications fondées sur les statistiques des services de répression et les études relatives aux indicateurs du marché, d'enquêtes effectuées auprès des ménages dans la population générale, d'enquêtes en milieu scolaire, de méthodes d'évaluation de la prévalence, d'approches ethnographiques et autres et de modèles statistiques et dynamiques intégrant les différents indicateurs.

Le Community Epidemiology Work Group (CEWG), qui a pour mission de faire régulièrement rapport sur les tendances des drogues dans un réseau de villes, fut créé pour compléter les enquêtes nationales et les systèmes de déclaration [10]. Plusieurs chercheurs européens participèrent à ses réunions, établissant ainsi des liens importants qui se traduisirent par l'évolution des indicateurs épidémiologiques et des systèmes d'information en Europe [11]. Une série de manuels d'épidémiologie publiés par l'OMS en 1980 et 1981 contribua grandement à une plus large diffusion de ces méthodes [12-16]. Citons encore une étude effectuée en 1981 pour le compte de l'Organisation de coopération et de développement économiques afin de passer en revue les indicateurs épidémiologiques potentiels dans 14 pays, notamment en Europe occidentale [17]. Entre autres conclusions, cette étude recommandait l'élaboration d'outils standard, mais cette recommandation ne semble pas avoir eu de suites.

L'évolution en Europe dans les années 80

Au cours des années 80, la notion d'indicateurs des drogues vit le jour; certains pays d'Europe l'appliquèrent aussi bien à l'échelon national qu'à l'échelle continentale. Entre autres initiatives nationales, citons le Drug Indicators Project, né à Londres, dans le cadre duquel furent conçus et testés un ensemble d'indicateurs visant à évaluer la nature et l'ampleur de la toxicomanie à l'échelon local; ce projet associait des indicateurs indirects, comme la demande de traitement, les indicateurs liés aux décès ou au marché, les estimations de la prévalence, le sondage "en boule de neige" et la recherche ethnographique [18, 19]. Des idées analogues étaient expérimentées dans d'autres pays, comme la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède [20, 21]. Au cours des années 80, les initiatives liées à l'élaboration d'indicateurs allèrent plus loin, par exemple, au Danemark, en Grèce et en Irlande. Les enquêtes sporadiques parmi la jeunesse se poursuivirent en Norvège et en Suède; elles furent introduites en Allemagne. À partir de 1987, pour surveiller la demande de traitement pour héroïnomanie et cocaïnomanie, l'Espagne appliqua un système de notification fondé sur trois indicateurs: la demande, les urgences non mortelles et les décès liés aux drogues [22].

Indépendamment de ces innovations, les années 80 virent également croître l'intérêt pour des méthodes permettant d'étudier les populations cachées et

les modes de consommation dont ne rendaient compte ni les indicateurs liés à la santé et à la justice pénale, ni les enquêtes parmi la population. Citons, entre autres méthodes, les sondages "en boule de neige" sur les usagers de la cocaïne ou les études comportementales sur la prise de risque et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) parmi les injecteurs ne suivant aucun traitement [23-27].

Dans certains cas, l'accent portait sur le contexte national, dans d'autres, sur l'échelon local. Souvent, l'élément moteur du processus était l'enthousiasme d'un groupe relativement peu nombreux de chercheurs, spécialistes des drogues, et l'intérêt croissant des autorités nationales ou locales pour des informations sur le phénomène naissant de la toxicomanie. Cet intérêt découlait d'une prise de conscience de l'évolution des modes de consommation (en particulier, de l'héroïne) dans certains pays et des problèmes liés au syndrome de l'immunodéficience acquise (sida).

Le Groupe Pompidou

À l'échelon européen, les principales innovations enregistrées dans l'épidémiologie des drogues au cours des années 80 sont dues au Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. (Bien qu'il eût été créé comme groupe intergouvernemental de coopération sur les drogues entre pays de la CEE, il devint, à partir des années 80, un "accord partiel" placé sous l'égide du Conseil de l'Europe.)

En décembre 1982, le Groupe Pompidou organisa à Strasbourg une réunion d'experts sur l'élaboration de systèmes de surveillance administrative permettant d'évaluer les problèmes sanitaires et sociaux liés à l'abus de drogues. Cette réunion déboucha sur la création d'un groupe d'experts en épidémiologie qui se réunit régulièrement et jeta les bases d'une approche en deux volets, l'un voué aux enquêtes en milieu scolaire, l'autre à une étude multivilles des indicateurs des drogues. Le groupe qui se consacrait aux enquêtes en milieu scolaire élaborait un instrument qui fut testé dans six pays. Cependant, cet instrument ne fut utilisé à l'échelon européen qu'à partir de 1995.

L'étude multivilles élaborait un cadre permettant d'utiliser plusieurs indicateurs pour décrire et comparer les toxicomanies observées dans les différentes villes. Il s'agissait d'interpréter ces indicateurs, considérés comme constituant un tout dans le contexte local, de manière à pouvoir comparer les villes entre elles une fois qu'on se serait mis d'accord sur la signification desdits indicateurs dans chacune des villes concernées. On pensait qu'il serait bien plus malaisé de réaliser un tel accord à l'échelon national, non seulement parce que la situation en matière de drogues variait d'une ville à l'autre, mais aussi parce qu'il était difficile d'évaluer la signification des indicateurs au plan national. C'est là un point fondamental, souvent ignoré: que les indicateurs soient normalisés ou non, on ne peut leur donner un sens, établir des comparaisons et formuler des conclusions que si l'on combine les données statistiques, les résultats de la recherche qualitative et les informations plus détaillées sur le contexte, comme les attitudes et réactions de la société.

À l'origine, l'étude portait sur 7 villes [28]; plus tard, elle en couvrit 13 [29] et ultérieurement plus de 20 [30].

Du début des années 80 à ce jour [31], indépendamment de la collecte et de la synthèse régulières des données, les principales réalisations du groupe d'experts en épidémiologie créé au sein du Groupe Pompidou ont été l'élaboration d'un modèle pour la collecte et l'analyse régulières d'indicateurs multiples, la mise au point d'un protocole standard pour l'indicateur de la première demande de traitement, la création d'un outil standard pour les enquêtes en milieu scolaire, l'examen des méthodes permettant d'estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues, la rédaction d'un manuel sur la méthode de sondage "en boule de neige" et la réalisation d'études de faisabilité des indicateurs sur la mortalité liée aux drogues, les urgences non mortelles, les arrestations opérées par la police, les saisies d'héroïne, le ratio pureté-prix des drogues illicites et les enquêtes dans la population générale. Un programme de formation à l'épidémiologie des drogues conçu par le Groupe Pompidou au début des années 90 a permis de diffuser la méthode dans des pays d'Europe de l'Est et d'Europe centrale et, ultérieurement, d'élargir la composition du réseau multivilles [32], notamment par l'adjonction d'un réseau de villes de la Fédération de Russie.

Comme dans le cas des réalisations nationales, les principaux vecteurs de nombre de ces innovations furent l'existence d'un groupe relativement peu important de chercheurs provenant de différents pays européens et l'établissement de liens avec leurs homologues d'Amérique du Nord, ceux notamment de l'Institut national de lutte contre l'abus des drogues (NIDA) et du CEWG. Les travaux du Groupe Pompidou préfigurèrent aussi la création de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

L'OEDT a été formellement constitué en février 1993 comme organe de la Communauté européenne, aux termes du règlement n° 302/93 du Conseil (CEE) [33]. Le projet de règlement fut adopté et entra en vigueur le 30 octobre 1993, par suite d'une décision du Conseil fixant le siège de l'OEDT à Lisbonne; l'Observatoire est pleinement opérationnel depuis 1995.

Naissance de l'Observatoire

L'idée d'un Observatoire européen des drogues et des toxicomanies naquit de la prise de conscience de plus en plus vive des dimensions européennes du phénomène de la drogue et de la nécessité non seulement d'améliorer la coopération entre États membres, mais aussi de coordonner les actions à l'échelle européenne. Cela supposait un renforcement des instruments institutionnels et des compétences de la Communauté européenne. Bien que le Groupe Pompidou existât déjà, son

statut était simplement celui d'un groupe intergouvernemental voué à la coopération et il n'avait aucune compétence en vertu du Traité de Rome.

Au cours de la première moitié des années 80, c'est le Parlement européen qui prit l'initiative sur le plan politique. Elle se traduisit par la publication du premier rapport traitant de la toxicomanie dans la Communauté européenne; ce rapport était fondé sur les conclusions d'une Commission d'enquête instituée en 1985 [34]. Il relevait la nécessité de disposer de données comparables et de coordonner la recherche à l'échelon européen, en vue d'une action efficace et dûment coordonnée.

À partir de 1984, environ, la Commission européenne prit plusieurs mesures concernant les drogues. Elle commença par faire de la toxicomanie une priorité et proposa une action communautaire dans les domaines de la prévention et de la santé. Dans la seconde moitié des années 80, la question commença de retenir l'attention des plus hautes instances politiques au sein du Conseil de l'Europe.

Au cours des années 80, un certain nombre d'activités épidémiologiques appuyées par la commission européenne furent lancées. Les États membres entreprirent notamment une action concertée en vue de la normalisation de la surveillance épidémiologique des drogues illicites, le projet EUROSID, financé par le Comité sur la recherche médicale et la santé publique de la Direction générale pour la science, la recherche et le développement. La Direction de la santé publique appuya également diverses activités, dont un groupe permanent sur la cocaïne et d'autres drogues, qui lança des projets scientifiques et organisa des réunions sur des sujets variés, tels que les sondages "en boule de neige", les indicateurs indirects ou l'épidémiologie de la cocaïne. Il n'existait toutefois à l'époque aucun cadre institutionnel permettant de faire de ces activités scientifiques des instruments européens.

En 1989, le président français, François Mitterand, proposa aux États membres et à la Commission un plan d'action sur les drogues fondé sur un instrument de coopération politique mobilisant les États membres et la Commission européenne. La création d'un observatoire des drogues était l'un des éléments clefs de ce projet.

Suite à l'initiative du président Mitterand, un groupe politique ad hoc, le Comité européen de lutte antidrogue, fut établi en décembre 1989; il était composé de coordonnateurs nationaux de la lutte antidrogue. Le Comité élaborait le premier plan européen de lutte antidrogue, qui fut adopté par le Conseil des ministres en décembre 1990. Les Conseils qui suivirent ajoutèrent à ces initiatives, témoin la décision prise en juin 1991 de créer un observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Les années 90 virent également publier les premier et deuxième rapports sur la réduction de la demande de drogue dans la Communauté européenne; ces années se caractérisèrent par un engagement croissant en faveur des indicateurs et des réseaux conçus pour fournir des données fiables et comparables devant servir à élaborer les politiques de santé et les interventions connexes [35].

En 1993, le Traité de Maastricht sur l'Union européenne entra en vigueur et institua, pour la première fois, une compétence institutionnelle précise en matière de drogues et, plus particulièrement, de santé publique [36]. Ces mesures furent renforcées par le Traité d'Amsterdam, qui entra en vigueur en 1999.

Objectifs de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et nécessité de disposer d'indicateurs clefs

L'OEDT reflète donc, à la fois, l'évolution du contexte politique et institutionnel européen et l'élaboration de méthodes et de réseaux scientifiques, en particulier dans le domaine de l'épidémiologie, comme en témoigne l'objectif défini dans le règlement portant création de l'Observatoire:

“Fournir à la Communauté et à ses États membres... des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies... [pour] donner à la Communauté et aux États membres une vue globale du phénomène des drogues et des toxicomanies, lorsque, dans les domaines de leurs compétences respectives, ils prennent des mesures ou définissent des actions.”

La tâche première de l'Observatoire consiste donc à compiler et à analyser les données existantes et à les diffuser largement, ce qui implique la publication d'un rapport annuel sur la situation de la toxicomanie dans l'Union européenne [37]. Mais pour pouvoir brosser un tableau fiable de la situation en Europe, il fallait au préalable améliorer la qualité et la comparabilité des données dans 15 États membres (16 aujourd'hui, puisque la Norvège a rejoint l'ORDT en 2001, et bientôt 28, puisque les nouveaux pays membres de l'Union européenne pourront, dès leur accession en 2003, devenir membres de l'Observatoire.) Telle est donc la seconde tâche essentielle confiée à l'OEDT:

“Assurer une meilleure comparabilité, objectivité et fiabilité des données au niveau européen en élaborant des indicateurs et des critères communs à caractère non contraignant, mais dont l'Observatoire peut recommander le respect en vue d'une meilleure cohérence des méthodes de mesure utilisées par les États membres et la Communauté.”

Toujours au titre de l'amélioration des méthodes permettant la comparaison des données, l'Observatoire est prié de faciliter et de structurer les échanges d'informations – qualitatives et quantitatives (bases de données).

Cette consigne formelle et institutionnelle visant l'amélioration des méthodes de comparaison des données découle de la nécessité de disposer de données de qualité, cohérentes et comparables, qui serviront de matière première aux approches de santé publique, fondées sur des éléments concrets, visant la description et l'analyse des problèmes liés aux drogues, et la conception de parades appropriées. Si l'élaboration et la mise en œuvre d'indicateurs suppose un certain volume de travail technique, administratif et institutionnel au niveau local et européen, l'objet fondamental de l'entreprise est d'obtenir des données pouvant être comparées à l'intérieur d'un pays ou entre les pays, de cerner avec cohérence les tendances dans le temps et, surtout, d'aider à analyser et à comprendre le phénomène de la toxicomanie et le possible impact politique des mesures et interventions envisagées. L'épidémiologie est une science de santé appliquée, même lorsqu'elle s'inscrit dans un cadre politique et institutionnel.

Indicateurs épidémiologiques clefs

Élaboration de cinq indicateurs épidémiologiques clefs

Depuis que l'Observatoire est devenu opérationnel, en 1995, il a recueilli des données de base auprès des États membres à l'aide de tableaux statistiques standard couvrant la prévalence, la santé, les services de répression et les indicateurs du marché. Ces données sont collectées par l'intermédiaire des points focaux nationaux du réseau européen d'informations sur les drogues (Reitox). Chaque État membre désigne un point focal national; interlocuteur privilégié de l'Observatoire, celui-ci est chargé de collecter les meilleures données nationales possibles et de les transmettre à l'Observatoire. Les points focaux nationaux sont également chargés de veiller à la qualité des données et d'aider l'OEDT en facilitant l'application des normes de l'Union européenne en matière de collecte des données et d'élaboration de rapports dans chacun des pays membres.

Il apparut rapidement, non seulement que le volume de données disponibles variait entre les pays, mais aussi qu'il existait entre autres des différences considérables quant aux définitions, aux méthodes, aux sources, à la couverture et à la qualité des données – ce qui en compliquait singulièrement la comparaison et l'analyse. Il n'était pas possible de travailler simultanément sur toute une gamme d'indicateurs, de sorte que l'on choisit cinq domaines prioritaires couvrant la prévalence et les conséquences sanitaires, aux fins d'harmoniser les données et d'en améliorer la qualité. Ces cinq domaines, que l'on appelle les cinq indicateurs épidémiologiques clefs [38] sont:

1. L'ampleur et les caractéristiques de l'usage dans la population générale (enquêtes auprès des ménages dans la population générale âgée de 15 à 64 ans).
2. La prévalence et les caractéristiques de l'usage problématique de drogues (estimation statistique de la prévalence et de la fréquence dans la population âgée de 15 à 64 ans).
3. La demande de traitement émanant des toxicomanes (statistiques tirées de systèmes de déclaration anonymes, fondés sur des cas, sur le nombre et le profil des clients commençant un traitement dans un centre spécialisé).
4. Décès liés aux drogues et mortalité des usagers (statistiques sur les décès liés à la drogue tirées des registres des décès couvrant la population générale et de registres spéciaux; mortalité due à quelque cause que ce soit parmi les cohortes d'usagers des drogues).
5. Maladies infectieuses liées aux drogues (prévalence et fréquence du VIH et des hépatites B et C parmi les usagers des drogues par injection).

L'usage de drogues dans la population d'âge scolaire (enquêtes en milieu scolaire) n'était pas inclus, le Groupe Pompidou ayant mis au point un instrument standard utilisé dans le cadre du Projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et d'autres drogues; coordonné par le Comité suédois pour les problèmes d'alcool et

de drogues, ce projet couvrit 26 pays européens en 1995 [39] et 30 en 1999 [40]. (La prochaine enquête est prévue pour 2003.)

Les urgences non mortelles liées aux drogues n'étaient pas incluses dans les études pilotes, le Groupe Pompidou ayant considéré que, dans nombre de pays, cela ne serait pas faisable. Indépendamment de l'outil que constituent les enquêtes en milieu scolaire, deux des indicateurs clefs de l'OEDT se sont largement inspirés des travaux du Groupe Pompidou: l'indicateur de demande de traitement, qui est un protocole conjoint OEDT-Groupe Pompidou [41], et la prévalence de l'usage problématique, indicateur élaboré à partir d'un séminaire OEDT-Groupe Pompidou et d'une publication connexe [42].

De 1995 à 2001, priorité fut donnée à la conception de méthodes, ainsi qu'aux essais sur le terrain et à l'utilisation des outils et directives liés aux cinq indicateurs clefs. On s'appuya pour ce faire sur les travaux du Groupe Pompidou et sur tels exemples nationaux de bonnes pratiques, compte tenu des protocoles existants – par exemple l'Office statistique des Communautés européennes (Eurostat), l'OMS et le NIDA. Au début, ces tâches furent exécutées avec l'aide d'agents extérieurs et d'experts en provenance de pays familiarisés avec ces indicateurs particuliers. L'entreprise fut ensuite étendue à l'ensemble des États membres; en octobre 1998, les travaux entrepris pour faciliter la construction et l'application des cinq indicateurs clefs à l'échelon national devinrent une tâche contractuelle fondamentale, confiée aux points focaux nationaux.

Pour appuyer ce processus d'harmonisation et garantir une mise en œuvre cohérente dans l'ensemble des États membres, l'Union européenne constitua, pour chacun des indicateurs clefs, un groupe d'experts composé des points focaux nationaux. Ces groupes se réunissent tous les ans; dans la plupart des cas, ils se dotent d'un sous-groupe chargé de préparer la réunion annuelle. Parallèlement au travail qu'ils accomplissent au sein de groupes européens, et pour coordonner les efforts déployés dans chacun des États membres, les points focaux nationaux sont chargés d'établir des groupes de travail nationaux composés de spécialistes de chacun des indicateurs clefs.

Le rôle des indicateurs clefs dans l'élaboration des politiques de l'Union européenne

En 2000, les résultats des études pilotes et des travaux des groupes d'experts furent réunis en une liste provisoire d'outils techniques et de directives pour chacun des indicateurs. Ces ébauches donnent des définitions et des ensembles de données fondamentales et de lignes directrices méthodologiques pour la collecte des données et l'établissement des rapports. Elles furent approuvées par le Comité scientifique de l'OEDT et soumises au conseil d'administration de l'Observatoire en janvier 2001. En septembre 2001, cette liste d'outils techniques et de directives fut adoptée à l'unanimité par le Conseil, composé des 15 États membres, de la Commission européenne et du Parlement européen, comme recommandations formelles – encore que non contraignantes – aux États membres pour la collecte de données harmonisées et l'établissement des rapports.

L'élaboration des cinq indicateurs clefs par l'OEDT se fit dans le contexte politique plus large de l'adoption par l'Union européenne, en décembre 1999, d'une Stratégie antidrogue pour la période 2000-2004. Cela établit un cadre général couvrant les principes, les buts et les grandes lignes d'action et six objectifs principaux, dont la réduction de la prévalence et de la fréquence, la réduction des problèmes sanitaires liés aux drogues (décès et maladies infectieuses) et l'augmentation du nombre de traitements couronnés de succès. Il fut souligné que cette stratégie devait se fonder sur une évaluation périodique de la nature et de l'ampleur du phénomène des drogues et de ses conséquences [43].

La Stratégie antidrogue fut suivie par le Plan d'action 2000-2004 de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue [44], adopté par les chefs d'État lors de la réunion du Conseil tenue à Santa Maria de Feira, au Portugal, en juin 2000. Le Conseil européen dit dans ses conclusions:

Le Conseil européen ... entérine le Plan d'action 2000-2004 de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue, instrument fondamental pour traduire la Stratégie antidrogue de l'UE en actions concrètes... Les États membres sont invités, en collaboration avec l'OEDT, à redoubler d'efforts pour offrir des informations fiables et comparables sur les indicateurs épidémiologiques clefs, afin de mieux évaluer l'impact des problèmes liés aux drogues.

Au titre du Plan d'action, l'OEDT définit les indicateurs, collecte et analyse les informations au niveau européen et fait annuellement rapport au Groupe de travail horizontal sur les drogues du Conseil sur la convergence des efforts, les problèmes rencontrés et les progrès enregistrés. En vertu des directives et outils techniques de l'OEDT, le rôle des États membres est de fournir des informations fiables et comparables sur les cinq indicateurs épidémiologiques clefs dans le formulaire conçu par l'OEDT et adopté par le Conseil.

En décembre 2001, le Conseil adopta une résolution sur l'application des cinq indicateurs clefs et invita les États membres à s'occuper en priorité de la production de données comparables et à appuyer les points focaux nationaux. Il les invita également à rechercher les voies et moyens (notamment financiers) d'appuyer au mieux, dans le cadre des indicateurs de santé définis par l'Union européenne, l'application des cinq indicateurs clefs, et de prendre des mesures appropriées en ce sens [46].

L'OEDT s'entretient actuellement avec la Commission, en particulier avec le service santé et consommateurs (Sanco), responsable du programme de santé publique, et l'Office statistique des Communautés européennes (Eurostat). L'objet de ces discussions est de satisfaire les besoins en information – aussi variés que spécifiques – des organes chargés de la lutte antidrogue aux niveaux national et européen, tout en veillant à ce que l'on continue de disposer, aux fins de la santé publique en Europe et des indicateurs statistiques, de données agrégées, d'un emploi plus simple.

Situation actuelle et évolution prévisible

Bien que le statut juridique des cinq indicateurs clefs fasse encore l'objet de discussions, il est clair qu'un large consensus s'est dégagé quant à leur pertinence

technique et scientifique et qu'à l'échelon politique et institutionnel, l'Union européenne souhaite en faire la base du système d'information épidémiologique sur les drogues. En outre, en dépit des obstacles rencontrés, nombre d'États européens ont pris des mesures importantes pour appliquer les lignes directrices recommandées.

Comparé aux chiffres de 1995, année où l'Observatoire entra en fonction, le nombre de pays capables de fournir des données en suivant complètement, ou presque, les directives de l'OEDT a grandement augmenté. En 1995, seuls sept pays pouvaient fournir des données nationales sur la prévalence au cours de la vie dans la population générale, et cinq sur la prévalence au cours des 12 derniers mois. En 2002, 12 pays étaient déjà capables de fournir ces deux informations. De même, le nombre de pays disposant de données de prévalence sur l'usage problématique de drogues est passé de 5, en 1995, à 14, en 2002. Et si tous les pays pouvaient, en 1995, fournir des données nationales sur les décès liés aux drogues, les définitions et méthodes usitées différaient sensiblement. En 2002, bien que l'on souffrît encore de problèmes de comparabilité, 11 pays étaient déjà capables de fournir des données sur les décès liés aux drogues conformément aux directives, et d'autres le pourraient sous peu. L'élaboration de systèmes compatibles pour la notification des traitements a été plus lente, ne fût-ce que parce que les traitements relèvent plus souvent des autorités locales que des instances nationales. Des progrès évidents ont toutefois été enregistrés et neuf pays disposent désormais de systèmes de déclaration largement compatibles en ce qui concerne l'indicateur de la demande de traitement. De même, l'obtention de données nationales sur l'hépatite C et le VIH dans les populations d'usagers des drogues par injection a, elle aussi, progressé, mais plus lentement, car il est plus facile de tirer des données de qualité des études locales que des systèmes nationaux de surveillance.

Certes, des tâches importantes restent encore à accomplir. L'une d'entre elles consistera à garantir la stabilité des mécanismes de collecte des données et de soumission des rapports en institutionnalisant les indicateurs dans tous les États membres, et plus tard dans tous les pays candidats. Même dans les pays qui suivent déjà les prescriptions de l'OEDT, l'avenir n'est pas toujours assuré. Les incertitudes entourant l'engagement politique et administratif des autorités compétentes posent parfois problème, surtout quand la création ou la transformation des systèmes nationaux d'information exige un investissement financier. Ces problèmes se trouvent parfois aggravés par le manque de coordination entre les ministères responsables de la lutte antidrogue et ceux qui ont la charge des systèmes d'information pertinents. On l'a vu ci-dessus, la décentralisation joue, dans certains pays, un rôle déterminant, non seulement parce que la question de savoir qui doit payer oppose parfois les autorités locales et nationales, mais aussi parce que les responsables locaux ne saisissent pas toujours l'utilité d'une collecte des données aux fins des comparaisons internationales. Il faut impérativement motiver les acteurs locaux pour parvenir à élaborer des systèmes d'information, de diffusion et d'information en retour. Enfin, la protection des données prend de plus en plus d'importance dans nombre de pays européens. Il faut activement s'employer à mettre en place des systèmes d'information que l'on puisse justifier en montrant,

d'une part, leur importance pour la santé publique et, de l'autre, leur fiabilité, puisqu'ils sont fondés sur le respect des droits de l'homme et la confidentialité de la vie privée.

Le rôle des points focaux nationaux est de faciliter l'utilisation des indicateurs par d'autres organismes nationaux. N'étant pas eux-mêmes investis de compétences juridiques ou administratives, ils dépendent non seulement du soutien des autorités nationales chargées de la lutte antidrogue, mais aussi de celui d'autres services ou institutions. Ils assument donc une lourde responsabilité puisqu'ils doivent contacter et motiver un grand nombre de partenaires et garantir l'information en retour et la diffusion des données par l'intermédiaire de plusieurs réseaux nationaux. La Stratégie antidrogue de l'Union européenne, le Plan d'action, le Conseil européen et la résolution du Conseil invitent instamment les États membres à accorder un soutien politique et financier suffisant à leurs points focaux nationaux.

Pour l'OEDT, l'application des indicateurs clefs a impliqué l'amélioration des systèmes de transmission électronique des informations à tous les États membres et aux pays candidats et la création d'outils de gestion et de bases de données relationnelles plus puissants permettant de manipuler, d'analyser et de diffuser un important volume de données. Se posait aussi le problème de la qualité des données. Il faut s'y attaquer sur plusieurs fronts, collectivement d'abord, en veillant à ce que l'utilisation des indicateurs et la transmission des données par les États membres se fassent de façon cohérente, mais aussi sur un mode bilatéral, en recensant les problèmes particuliers et en leur cherchant des solutions. Maintenant que les indicateurs ont été entérinés et adoptés, la priorité la plus urgente est d'établir dans les États membres des critères de qualité et des mécanismes d'assurance de la qualité précis et d'une utilisation commode.

Insuffisance des indicateurs: l'importance de l'interprétation

Les indicateurs normalisés permettent de faire des comparaisons simples entre pays ou régions géographiques et de retracer l'évolution des tendances dans le temps. Ils fournissent aussi des données normalisées servant à d'autres usages, par exemple à estimer la fréquence, à évaluer le poids et les coûts sociaux de la santé, ou à analyser la ventilation sociodémographique ou les modes de diffusion. Mais ils n'en comportent pas moins des limitations.

Tous les indicateurs décrits plus haut sont en retard, en ce sens qu'ils reflètent la situation des drogues qui prévalait il y a deux ans. Cela tient notamment au processus: il faut un certain temps pour collecter, valider, analyser et communiquer les données, surtout à l'échelon national. Certains indicateurs, comme la demande de traitement, sont intrinsèquement décalés, puisque les intéressés ne demandent un traitement qu'un certain temps après le début de leur toxicomanie. D'autre part, les indicateurs nationaux ne sont pas sensibles à l'émergence de nouveaux modèles d'usage au niveau local, ou à leur évolution. Enfin, les indicateurs tirés des services de santé ou de justice pénale reflètent aussi bien les priorités et les réactions des instances médicales ou des services de répression que les tendances des drogues.

L'interprétation des indicateurs doit tenir compte de ces contraintes et puiser des informations complémentaires à d'autres sources, par exemple les systèmes "d'alerte précoce" qui permettent de recenser et de dépister les nouveaux modes d'abus, les techniques de "triangulation" servant à vérifier par recoupement la convergence des différents indicateurs, les modèles dynamiques utilisés pour les analyses ou la simulation de scénarios, ainsi que les travaux de recherche – qualitative et quantitative – plus ciblés, visant à analyser de façon plus approfondie et à mieux comprendre certaines questions spécifiques. Il est indispensable d'interpréter les indicateurs dans un contexte social global, compte tenu des différences culturelles, des attitudes de la société envers les drogues et d'autres paramètres.

Un ensemble d'indicateurs est une grille vide qui permet de reconstituer, de comparer et de décrypter le phénomène de la drogue. On ne saurait répondre à des questions telles que "pourquoi?" ou "comment?", ni s'interroger sur l'incidence des données sur les politiques suivies, qu'en interprétant judicieusement les indicateurs et en étoffant cette grille grâce aux données de la recherche scientifique et aux informations contextuelles.

Enfin, le phénomène de la drogue, l'environnement politique, les besoins en information, les méthodes scientifiques et les techniques de l'information évoluent constamment. La mise en œuvre des systèmes d'information et la poursuite des travaux de recherche supposent donc un mouvement permanent vers l'avant et la capacité d'innover. Mais cela exige, en retour, un engagement cohérent et à long terme pour trouver les financements et assurer la continuité des institutions, des travaux individuels et des réseaux.

Le contexte global: recherche et coopération internationale

Recherche qualitative et quantitative

La recherche épidémiologique pluridisciplinaire – aussi bien qualitative que quantitative – doit impérativement se poursuivre, parallèlement au travail accompli en matière d'indicateurs. Dans le domaine de la recherche qualitative, l'OEDT a organisé des conférences, créé des groupes de travail thématiques et passé en revue la littérature existante; ce travail s'est traduit par plusieurs publications [47-49] et par la création d'un site sur l'Internet: Qualitative European Drug Research, qui donne accès aux bases de données et aux projets de recherche qualitative en cours, aux chercheurs et aux publications [50]. Indépendamment de l'utilité pratique des outils servant à la collecte et à l'échange d'informations, l'un des objectifs clefs est de sensibiliser les intéressés à l'importance de la recherche qualitative, qui peut les aider à comprendre les statistiques ou à éclairer d'un jour nouveau des questions telles que "pourquoi?" ou "comment?".

Études et conférences se sont également penchées sur l'utilité potentielle de la modélisation dynamique et statistique [51, 52] et l'OEDT a créé, avec un financement de la Direction générale de la recherche, dans le cadre du Programme de recherche socioéconomique finalisée, un réseau d'experts en modélisation chargé d'élaborer des modèles adaptés aux politiques et de procéder aux analyses socioéconomiques

nécessaires, notamment dans les domaines ci-après: fréquence et tendances dans le temps, utilisation de systèmes d'information géographique (SIG) et analyse des coûts sociaux et du rapport coût-efficacité, plus particulièrement en ce qui concerne l'hépatite C [53]. L'une des contraintes actuelles tient à la qualité et à la disponibilité des données, en particulier pour les modèles qui requièrent des séries chronologiques ou des données plus désagrégées. La qualité des données s'améliorant, la modélisation devrait offrir des perspectives stimulantes en matière de simulation et d'analyse de scénarios.

On s'est moins intéressé jusqu'ici à l'offre et aux indicateurs du système de justice pénale, encore que la collecte des données ait commencé dès la création de l'Observatoire. On a récemment entrepris d'étudier la littérature existante et d'élaborer des indicateurs concernant la criminalité liée aux drogues, l'offre de drogues sur les marchés et l'exclusion sociale pour cause de toxicomanie. Des travaux préliminaires ont également débuté à l'Observatoire et dans certains États membres pour décrire et évaluer les caractéristiques et l'ampleur des marchés et du mouvement des drogues, en vue d'estimer leur impact et l'effet potentiel des interventions [54, 55].

Dernier domaine enfin, celui des nouvelles tendances et des "alertes précoces". Il s'agissait à l'origine de dépister les drogues de synthèse, en particulier la MDMA ou ecstasy (méthylènedioxyméthamphétamine), dont l'usage se répandit dans les pays de l'Union européenne au cours des années 90 [56]. Nombre d'études et de conférences ont porté sur l'univers de la musique techno et des boîtes de nuit [57]. Un instrument juridique spécifique, le Programme d'action conjointe pour l'échange d'informations, l'évaluation des risques et le contrôle des nouvelles drogues de synthèse a été élaboré par le Conseil de l'Union européenne en 1997. Quatre substances ont été étudiées sous les auspices du comité scientifique de l'OEDT: *N*-méthyl-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-butamine (MBDB), 4-méthylthioamphétamine(4-MTA), la kétamine et l'acide *gamma*-hydroxybutyrique (GHB) [58]. Sous l'angle épidémiologique, l'Observatoire s'est attaché à mettre au point un modèle plus ample permettant de comprendre – et, si possible, de prévoir – l'évolution des modes de consommation dans le contexte global des tendances culturelles et sociales des jeunes, fondé, par exemple, sur une étude des médias destinés aux adolescents ou sur une analyse de la perception des drogues et des risques y afférents dans la jeunesse [59].

La recherche européenne et ses réseaux

Plusieurs études concernant la recherche épidémiologique sur les drogues ont été menées dans les années 80 et 90 [60-64]. Indépendamment des rapports annuels de l'OEDT, plusieurs autres rapports ont été consacrés à la collecte de données et aux tendances des drogues en Europe, celles, notamment, du bureau régional de l'OMS pour l'Europe [65,66], les mises à jour successives de l'étude multivilles du Groupe Pompidou, déjà mentionnée, ou le rapport fondé sur le projet COST-A6 relatif à l'évaluation des mesures antidrogue prises en Europe, financé par la Direction générale de la recherche de la Commission européenne [67]. Parmi les

autres réseaux de chercheurs qui s'occupent également d'épidémiologie des drogues, citons l'European Society for Social Research on Drugs [68], la Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol [69] et l'IREFREA [70].

À la Commission européenne, le 5^e Programme-cadre (1998-2002) de la Direction générale de la recherche a, pour la première fois, mentionné expressément les drogues au titre des problèmes sanitaires, mais il n'a pas été facile d'établir un lien entre les besoins de la recherche recensés par l'OEDT et ses partenaires et le processus de sélection des projets. Le 6^e Programme-cadre (2002-2006) vise à consolider la recherche européenne dans certains domaines prioritaires en appuyant des réseaux de chercheurs et des projets de recherche ambitieux, mais il reste à trouver une articulation entre les programmes de recherche sur les drogues et le processus décisionnel de la Commission en matière de financement de la recherche.

Un dernier commentaire: la recherche sur les drogues illicites a souvent été menée isolément, indépendamment de la recherche sur l'alcoolisme, le tabagisme ou les médicaments psychoactifs. Dans plusieurs États membres, on s'efforce visiblement de réunir toutes ces substances sous une même rubrique. Si cette tendance se poursuit et gagne l'ensemble des pays européens, on peut présager une augmentation des besoins en information, tant au niveau national qu'à l'échelon européen.

Relations internationales

Au cours des vingt dernières années, les avancées de l'épidémiologie des drogues en Europe et la mise au point d'indicateurs se sont inscrites dans le contexte d'une coopération accrue entre organisations régionales et internationales. Nous l'avons vu précédemment, les liens noués depuis longtemps entre chercheurs ont largement contribué à cette progression. Ces relations internationales ont été facilitées par le Community Epidemiology Work Group, qui s'est révélé un mécanisme précieux pour l'échange d'informations entre chercheurs, organisations internationales et réseaux épidémiologiques régionaux ou sous-régionaux. Ainsi, une réunion d'organisations internationales clefs et de réseaux épidémiologiques régionaux, tenue à l'OEDT en janvier 2000 avec l'appui du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), a permis à des experts techniques, réunis à Lisbonne en janvier 2000 [71], de s'entendre sur un système permettant d'améliorer, à l'échelon international, la comparabilité et la valeur des indicateurs.

Entre autres exemples de coopération ciblée, citons la révision du questionnaire destiné aux rapports annuels par le PNUCID, en étroite collaboration avec l'OEDT et la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues [72], ou la collaboration entre l'OEDT et l'OMS à propos des décès liés aux drogues et des lignes directrices applicables à la dixième révision de la Classification internationale des maladies (ICD-10) (avec l'appui d'Eurostat). En ce qui concerne le sida et d'autres maladies infectieuses, l'OEDT participe activement au Réseau mondial de recherche sur la prévention du VIH parmi les populations d'usagers des drogues; il participe également à des conférences internationales sur la réduction des

risques et sur le sida. La coopération entre l'OEDT et le Groupe Pompidou se poursuit, notamment en ce qui concerne l'indicateur de la demande de traitement.

Si l'essentiel du présent article est consacré à l'Europe, et principalement à l'Europe occidentale, l'évolution de l'épidémiologie des drogues en Europe s'inscrit dans l'évolution globale de la scène internationale. La coopération et l'échange d'information prennent, certes, du temps, mais ils sont indispensables au brassage d'idées, à l'interaction et à la stimulation de l'innovation.

Conclusion

L'épidémiologie a enregistré des avancées spectaculaires en Europe au cours des vingt dernières années, notamment en matière d'indicateurs, de méthodes, de comparabilité, d'application dans les États membres et de synthèse et d'analyse au niveau européen. Six facteurs principaux sont à l'origine des progrès accomplis.

Le premier tient à l'évolution des compétences en matière de drogues au sein de l'Union européenne. Le deuxième a trait à la priorité politique croissante accordée aux drogues par différents secteurs: santé publique, sécurité (ministères de la justice et de l'intérieur) et relations extérieures. Le troisième, qui découle des deux premiers, est la demande croissante d'informations et de preuves permettant de fonder les politiques et les décisions exprimées par les institutions européennes et leurs États membres. Le quatrième, c'est la création d'instruments tels que le Groupe Pompidou et l'OEDT (avec ses points focaux nationaux), aux fins de satisfaire cette demande d'information. Le cinquième, c'est, parallèlement à l'évolution des institutions, l'existence de réseaux déjà anciens de chercheurs et la possibilité de diffuser ce savoir scientifique dans l'ensemble des institutions. Le dernier, c'est l'influence croissante des relations internationales et l'échange de connaissances et d'expériences.

Les progrès enregistrés par l'épidémiologie en Europe au cours des vingt années ne signifient pas pour autant que le fossé entre chercheurs et décideurs est définitivement comblé. Mais ils représentent un pas dans la bonne direction.

Références

1. R. de Alarcón, "La propagation de l'abus de l'héroïne dans une communauté", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. 21, n° 3 (1969), p. 17-22.
2. H. H. Blumberg et B. E. Dronfield, "Nomination techniques in the study of largely invisible groups: opiate users not at drug dependence clinics", *Social Science and Medicine*, vol. 10, n°s 7 et 8 (1976), p. 415-422.
3. B. Olsson et al., "Heavy drug abuse in Sweden, 1979: a national case-finding study", *Alcohol and Drug Dependence*, vol. 7, 1981, p. 272-283.
4. M. Plant: *Drug Takers in an English Town* (London, Tavistock, 1975).
5. J. Young, *The Drugtakers: The Social Meaning of Drug Use* (London, MacGibbon and Kee, 1971).

6. M. Granier-Doyeux: "Influence de certains facteurs sociaux sur le développement de la pharmacodépendance", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. 25, n° 1 (1973), p. 1-8.
7. H. Nargeollet et C. Vaile, "Essai de coordination régionale en Europe de la lutte contre les toxicomanies aux stupéfiants", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. 25, n° 2 (1973), p. 1-7.
8. Rapport de la Division de la santé publique de la Direction des affaires économiques et sociales sur le Symposium pluridisciplinaire sur la pharmacodépendance (Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1972).
9. Résolution adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. 25, n° 3 (1973), p. 57-60.
10. Z. Sloboda and N. J. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999, p. 47-62.
11. États-Unies d'Amérique, National Institute on Drug Abuse, ed., *Assessment of Drug Abuse in North America and Europe*, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, juin 1981 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1982).
12. R. G. Smart et al., *A Methodology for Student Drug Use Surveys*, WHO offset publications n° 50 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1980).
13. L. D. Johnston: *Review of General Population Surveys of Drug Abuse*, WHO offset publication n° 52 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1980).
14. I. Rootman et P. H. Hughes, *Drug Abuse Reporting Systems*, WHO offset publication n° 55 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1980).
15. P. H. Hughes et al., *Core Data for Epidemiological Studies of Non-medical Drug Use*, WHO offset publication n° 56 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1980).
16. R. G. Smart et al.: *Drug Use among Non-student Youth*, WHO offset publications n° 60 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1981).
17. Organisation de coopération et de développement économiques, *Statistics of Drug Abuse*, report SME/D/81.3 (Paris, 1982).
18. R. L. Hartnoll et al., *Drug Problems: Assessing Local Needs: A Practical Manual for Assessing the Nature and Extent of Drug Misuse in a Community* (Londres, Drug Indicators Project, 1985).
19. R. L. Hartnoll et al., "Estimating the prevalence of opioid dependence", *Lancet*, n° 1, 1985, p. 203-205.
20. Commission des communautés européennes, Directorate General for Science, Research and Development, "First European Workshop on Standardisation of Epidemiological Monitoring of Illicit Drug Dependence", Concerted Research Action of the Committee on Medical and Public Health Research, COMAC Epidemiology, Rome, 4-5 septembre 1984.
21. EUROSID project: "EEC meeting on Standardisation of Epidemiological Surveillance Systems of Illicit Drugs", COMAC Epidemiology, Vérone, 11-13 septembre 1986.
22. G. Barrio et al.: "Evaluación de la calidad del indicador tratamiento del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 67, 1993, p. 385-399.
23. B. Bieleman et al., *Lines across Europe: Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin* (Amsterdam, Swets et Zetlinger, 1993).

24. F. R. Ingold, "Les effets de la libéralisation de la vente des seringues sur le comportement des usagers des drogues consommant leurs produits par voie intraveineuse en France", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. 41, n^{os} 1 et 2 (1989), p. 67-81.
25. E. J. van Ameijden et al., "The harm reduction approach and risk factors for HIV seroconversion in injecting drug users, Amsterdam", *American Journal of Epidemiology*, vol. 136, 1992, p. 236-243.
26. H. F. L. Garretsen et al., eds., *Illegal Drug Use: Research Methods for Hidden Populations*, Proceedings of an Invited Expert Meeting on Illegal Drug Use (Rotterdam, National Institute on Alcohol and Drugs, 1993).
27. Organisation mondiale de la santé, "Multi-city study on drug injecting and risk of HIV infection" (WHO/PSA/94.4).
28. R. L. Hartnoll et al., "Étude pluriurbaine de l'usage impropre des drogues en Europe", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. 41, n^{os} 1 et 2 (1989), p. 3-27.
29. R. L. Hartnoll, *Multi-city Study: Drug Misuse Trends in Thirteen European Cities* (Strasbourg, Council of Europe Press, 2000).
30. R. Bless, *3rd Multi-city Study: Drug Use Trends in European Cities in the 90s*, (Strasbourg, Council of Europe Press, 2000).
31. R. Bless, "Experiences of the multi-city network of the Pompidou Group, 1983-2002", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. LV, n^{os} 1 and 2 (2003).
32. Conseil de l'Europe, Groupe Pompidou, *Multi-city Network Eastern Europe: Joint PG/UNDCP: Extension of the Multi-city Network to Central and Eastern Europe*, Strasbourg, Council of Europe Publishing, 1997).
33. Conseil européen, "Council Regulation (EEC) n^o 302/93 of 8 February 1993 on the establishment off a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction", *Official Journal of the European Communities*, n^o L 36, 12 février 1993, p. 1-8.
34. Parlement européen, *Committee of Inquiry into the Drugs Problem in the Member States of the Community*, report on the results of the inquiry, Sir Jack Stewart-Clark, rapporteur (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1987).
35. Commission européenne, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Health-related Data and Epidemiology in the European Community* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1993).
36. G. Estievenart, ed., *Policies and Strategies to Combat Drugs in Europe: the Treaty of European Union: Framework for a New European Strategy to Combat Drugs?* (Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1995).
37. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union", (voire: www.emcdda.kpnqwest.pt).
38. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, "Five key epidemiological indicators".
39. B. Hibbel et al., *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 26 European Countries* (Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), et Strasbourg, France, Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, 1997).

40. B. Hibbel et al., *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Stockholm, Sewdsh Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), et Strasbourg, France, Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, 2000).
41. Groupe Pompidou et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, "Joint Pompidou Group-EMCDDA Treatment Demand Indicator: Standard Protocol version 2.0".
42. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA Scientific Monograph Series n° 1 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).
43. Conseil de l'Union européenne, "European Union Drugs Strategy (2000-2004)", 1^{er} décembre 1999.
44. Conseil de l'Union européenne, "EU Action Plan on Drugs 2000-2004", Bruxelles, 7 juin 2000.
45. Présidence du Conseil de l'Union européenne, "Presidency conclusions", European Council, Santa Maria de Feira, Portugal, 19 and 20 June 2000 (SN 200/00), par. 51.
46. Conseil de l'Union européenne, "Council resolution on the implementation of the five key epidemiological indicators, developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)", Brussels, 7 décembre 2001.
47. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Understanding and Responding to the Drug Use: the Role of Qualitative Research*, EMCDDA Scientific Monograph Series, n° 4 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2000).
48. J. Fountain et P. Griffiths, "Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project", *European Addiction Research*, vol. 5, 1999, p. 4-20.
49. T. Rhodes et al., *Injecting Drug Use, Risk Behaviour and Qualitative Research in the Time of AIDS*, EMCDDA Insights n° 4 (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001).
50. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, "Qualitative European Drug Research" (QED) (www.qed.org.uk/).
51. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Modelling Drug Use: Methods to Quantify and Understand Hidden Processes*, EMCDDA Scientific Monograph Series, n° 6 (Luxembourg, Office of the Official Publications for European Communities, 2001).
52. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Statistical and dynamic modelling (voir: www.emcdda.org/situation/methods_tools/modelling.shtml).
53. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Network on drug use modelling (voir: www.emcdda.org/situation/methods_tools/modelling_network.shtml).
54. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Availability of illicit drugs (voir: www.emcdda.org/situation/themes/availability/shtml).
55. E. Bramley-Harker, *Sizing the UK market for Illicit Drugs*, Research, Development and Statistics Directorate, Occasional Paper n° 74 (Londres, Home Office, 2001).
56. P. Griffiths et al., *New Trends in Synthetic Drugs in the European Union: Epidemiology and Demand-Reduction Responses*, EMCDDA Insights n° 1 (Luxembourg, Office for Official Publications for European Communities, 1997).

57. "Nightlife in Europe and recreative Drug Use, SONAR 1998".
58. Conseil de l'Union européenne, "Joint action on new synthetic drugs".
59. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, "Feasibility study on detecting, tracking and understanding emerging trends in drug use" (Lisbon, 1999).
60. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, "Monitoring youth media as a new source of information for detecting, tracking and understanding emerging drug trends" (Lisbonne, 2000).
61. V. Berridge, "Drug research in Europe", Londres, Institute for the Study of Drug Dependence, 1989.
62. R. L. Hartnoll, "Addiction Research in Europe: an overview", *European Addiction Research*, vol. 1, 1994, p. 3-11.
63. P. Kennis, "National drug research situation and research needs", European Commission and EMCDDA, eds., *Drugs Research Related Initiatives in the European Union*, proceedings of a joint EC-EMCDDA Seminar, 13 et 14 décembre 1996 (Florence, Italie, Robert Schuman Centre), p. 6-62.
64. Scientific and Technical Research Committee (CREST), "High-level workshop on the medical, socio-economic and detection aspects of drug abuse", Bruxelles, 12 novembre 1996.
65. R. L. Hartnoll, V. M. Hendriks et M. Morival, *The Assessment of Drug Problems* (Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, 1998).
66. A. M. Harkin, P. Anderson et G. Goos, *Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region* (Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé, 1997).
67. H. Waal ed., *Patterns on the European Drug Scene: An Exploration of Differences* (Oslo, National Institute for Alcohol and Drug Research, 1998).
68. A. Springer and A. Uhl, eds., *Illicit Drugs: Patterns of Use – Patterns of Response*, Proceedings of the 10th European Society for Social Research on Drugs, Conference on drug use and drug policy, Vienne, 20-22 septembre 1999 (Innsbruck/Vienne/Munich, Studienverlag, 2000).
69. Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Le site Internet de la société est: www.arg.org/kbs/.
70. A. Calafat et al., *Characteristics and Social Representation of Ecstasy in Europe* (Palma de Majorque, Espagne, IREFREA et Commission européenne, 1998).
71. Voir, *Documents officiels du Conseil économique et social, 2000, Supplément n° 8 (E/2000/28)*, chap. I, sect. C, par. 3, résolution 43/1, par. 2.
72. Voir, *Documents officiels du Conseil économique et social, 2000, Supplément n° 8 (E/2000/28)*, chap. I, sec. C, par. 3, résolution 43/1.

Le réseau épidémiologique des Caraïbes: difficulté de dégager une perspective régionale

K.-G. DOUGLAS

*Directeur du projet sur l'abus des drogues, Centre d'épidémiologie des Caraïbes,
Trinité-et-Tobago*

J. HILLEBRAND

*Conseiller en épidémiologie, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime,
Vienne (Autriche)*

RÉSUMÉ

Le présent article décrit les difficultés géographiques, politiques et culturelles liées à l'élaboration d'un réseau épidémiologique régional sur l'abus des drogues dans les Caraïbes. Des initiatives antérieures, telle la Caribbean Community Epidemiology Task Force, avaient échoué en raison d'un manque de ressources. Ce n'est qu'en 1996 que le premier grand succès fut remporté, quand le Plan d'action pour la coordination et la coopération en matière de contrôle des drogues aux Caraïbes établit les fondements d'une action globale et durable visant à contrôler la toxicomanie dans la région grâce à la réduction de la demande. En 1997, la Déclaration de Saint-Domingue vint renforcer la recommandation du Plan d'action de la Barbade et réclama la mise en œuvre rapide d'un système épidémiologique sur l'abus des drogues. Par la suite, les États membres de la Communauté des Caraïbes allouèrent des ressources au projet de système épidémiologique et de surveillance des drogues pour les Caraïbes, confié au Centre d'épidémiologie des Caraïbes. Dans le cadre de ce projet, le Réseau d'information sur les drogues pour les Caraïbes a été lancé en 2001. Le réseau est chargé de la mise en place du cadre institutionnel, de la formation et du développement des expertises dans le domaine de la recherche liée aux enquêtes. Pour poursuivre sa tâche, le Réseau aura besoin d'un appui politique et d'un financement adéquat; il lui faudra également accorder son action avec les autres aspects de la réduction de la demande.

Mots clefs: Caraïbes; abus des drogues; réduction de la demande; réseau épidémiologique; initiative régionale.

Introduction

La région des Caraïbes couvre 700 000 km² et comprend de nombreuses îles, dont celles de la mer des Antilles et des Guyanes (Guyana, Guyane française et Suriname).

En comptant les Grandes Antilles, les Petites Antilles, les îles australes et l'archipel des Bahamas, cela fait un total de 28 pays et territoires (y compris les Guyanes et le Belize) situés entre les Amériques du Nord et du Sud. Les Caraïbes sont une région plurilingue, pluriethnique et pluriculturelle qui reflète les influences de plusieurs grandes puissances. Cette région, qui compte 37 millions d'habitants, est extrêmement variée: on y parle quatre langues principales dans des territoires indépendants ou appartenant aux Pays-Bas, à l'Espagne, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ou aux États Unis d'Amérique; on y trouve divers systèmes juridiques et politiques et plusieurs religions.

La création de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) a permis une plus grande liberté de mouvement des personnes et des marchandises. Les relations commerciales et autres avec l'étranger se sont développées, en particulier avec la Colombie et le Venezuela voisins. On assiste quotidiennement, entre les îles, à un trafic incessant de petites embarcations de pêche, de cargos, de bateaux de croisière, de yachts et d'avions privés ou de ligne. Les populations de la région se déplacent beaucoup et les migrations sont importantes: nombre de personnes originaires des Caraïbes vivent aujourd'hui en Amérique du Nord et en Europe. Par ailleurs, les liaisons directes avec l'Europe et l'Amérique du Nord ont provoqué un grand afflux de touristes de ces régions. Pour toutes ces raisons, la région des Caraïbes est désormais plus accessible, mais aussi plus attrayante comme zone de transit du trafic de drogues illicites.

Vu leur situation géographique entre les grandes zones de production de l'Amérique du Sud et les grands marchés de consommation de l'Europe et de l'Amérique du Nord, les îles Caraïbes sont vulnérables au trafic de drogues: on estime aujourd'hui que 40 % de toute la cocaïne qui pénètre aux États-Unis transitent par les Caraïbes. En 2000, 47 % de la cocaïne exportée aux États-Unis sont passés par le "couloir" des Caraïbes, qui ont ainsi supplanté le Mexique comme principal pourvoyeur du marché nord-américain. Les Caraïbes jouent également un grand rôle dans l'approvisionnement du marché européen en cocaïne. Trente-deux pour cent des importations de drogues de l'Europe (soit 80 tonnes) ont transité par les Caraïbes en 2000. La lutte antidrogue grève lourdement les budgets des États de la région, atteignant parfois 15 % du budget total. Dans certains pays des Caraïbes, le coût des mesures de police intensifiées et des opérations nationales de sécurité a doublé au cours des cinq dernières années.

Les services de répression ont calculé qu'une proportion croissante des drogues transitant par la région était consommée localement, les trafiquants payant en nature – c'est-à-dire en drogues – les services rendus. De ce fait, l'usage, les abus et le trafic de drogues sont en voie d'augmentation. La conséquence évidente de ce qui précède est l'augmentation de la charge qui pèse sur les services de santé, qui ont bien du mal à traiter les effets psychologiques et physiologiques de la toxicomanie, les syndromes de sevrage et la toxicomanie chronique. En outre, les dealers armés et les toxicomanes ayant besoin de satisfaire leur accoutumance, la violence et la criminalité augmentent.

Bien que l'on n'ait, pour l'ensemble de la région, aucune preuve formelle du lien de causalité entre les activités liées aux drogues et les vols et homicides commis

dans la région, ce lien est avéré dans certains pays. En 1991, par exemple, la Jamaïque a fait état d'une augmentation de 75 % des meurtres liés, directement ou indirectement, au trafic de drogues. Et les pays qui, au cours des dernières décennies, ont signalé des vols, des homicides et des violences graves, à savoir les Bahamas, la République dominicaine, le Guyana et la Jamaïque, sont de grands centres de transit des drogues. De sorte que, partout aux Caraïbes, la justice et la police n'ont pas seulement à faire face à des infractions mineures, mais aussi à des délits bien plus sérieux, comme les lésions corporelles graves ou les homicides liés à l'abus de drogues.

L'ancienne politique sectorielle concernant le réseau épidémiologique des Caraïbes

Les responsables politiques et les planificateurs des Caraïbes ont besoin de données fiables, disponibles en temps utile, sur la prévalence et la fréquence des abus de drogues et d'alcool dans leurs pays respectifs. Ces données permettent de retracer les tendances dans le temps, de dessiner, par pays, le profil des risques encourus par certains groupes de population particuliers, de mieux cibler les programmes de réduction de la demande et les ressources nécessaires et de définir des critères permettant de mesurer l'impact des interventions. Nombre de pays des Caraïbes ne recueillent pas régulièrement ces statistiques; par ailleurs, bien que certaines enquêtes y aient été lancées, les questionnaires et les méthodes ont évolué avec les années, de sorte que leurs résultats ne sont pas comparables.

Un groupe épidémiologique de la CARICOM fut créé en 1991; il se réunit plusieurs fois aux fins de mettre au point les détails d'un système régulier de surveillance. Cette tentative se heurta toutefois à un certain nombre d'obstacles. Ainsi, bien que le groupe se fût accordé sur la nécessité d'effectuer des enquêtes dans les écoles secondaires, peu de pays parvinrent à les réaliser. L'analyse des données recueillies fut retardée en raison de la pénurie de personnel, tant dans les pays concernés qu'au sein de la CARICOM, et du manque de matériels informatiques et de logiciels servant à l'analyse des données. En outre, le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC), établi à la Trinité-et-Tobago, qui avait appuyé à l'origine la collecte et l'analyse des données, fut forcé, par manque de fonds, de résilier le contrat de son épidémiologiste. Les territoires anglophones non autonomes n'ont participé à aucune entreprise épidémiologique à l'échelle de la région et, pour autant que l'on sache, n'ont pas produit de statistiques.

La situation est quelque peu différente dans les pays hispanophones. Pendant cinq ans, la République dominicaine a participé aux travaux de la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD), système épidémiologique pour l'Amérique centrale; elle continue d'œuvrer au sein du nouveau système interaméricain de la CICAD sur la collecte de données sur l'abus des drogues. Cuba n'a participé à aucun programme épidémiologique multinational sur les drogues. De sorte que lors du forum d'experts sur la réduction de la demande aux Caraïbes, organisé aux Bahamas, en octobre 1994, par le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), les participants dirent

qu'aucun mécanisme régional cohérent de collecte des données n'avait été institué. Le forum réclama donc l'élaboration d'une méthode standard pour la collecte des données de base. Dix-huit mois plus tard, la réunion régionale conjointe Union européenne/PNUCID sur la coordination du contrôle des drogues et la coopération aux Caraïbes, tenue à la Barbade, en mai 1996, conclut, elle aussi, qu'il n'existait pas de système de surveillance épidémiologique des drogues à l'échelle des Caraïbes, et qu'il fallait en établir un rapidement, en collaboration avec les organisations régionales. Le Plan d'action de la Barbade pour la coordination et la coopération en matière de contrôle des drogues aux Caraïbes (Plan d'action de la Barbade) fut donc lancé.

La mise en œuvre du Plan d'action de la Barbade, discutée par les gouvernements de la région des Caraïbes lors d'une deuxième réunion régionale, tenue en République dominicaine en décembre 1997, supposait l'instauration d'un système épidémiologique unifié dans la région, en collaboration avec la CICAD. Lors de la réunion de la Barbade, les participants s'intéressèrent tout particulièrement au système de surveillance épidémiologique des drogues établi par la CICAD en Amérique centrale et en République dominicaine. Ils s'intéressèrent aussi au système inter-américain de données sur l'usage de drogues, établi en 1997, qui lui succéda. Le Système consiste en un ensemble d'outils standard servant à la collecte de données sur l'usage et l'abus des drogues. Il fut adopté par la CICAD en 1996 et un groupe consultatif international fut constitué pour en superviser la mise en œuvre.

Vers une nouvelle initiative régionale

Les chefs de gouvernement reconnaissent que le trafic de drogues dans la région continue de menacer la paix, la sécurité et le développement économique et social durable des collectivités, et qu'il faut, de toute urgence, consolider et accélérer l'uniformisation et la coordination des efforts visant la réduction de la demande. Une nouvelle initiative régionale est donc nécessaire.

Les nombreux forums régionaux sur l'abus des drogues qui ont précédé et suivi l'adoption du Plan d'action de la Barbade ont insisté sur la nécessité d'une action globale et durable en matière d'abus des drogues, par le biais d'une réduction de la demande. En 1996, les chefs de gouvernement de la CARICOM entérinèrent un programme régional de contrôle des drogues et de réduction de la demande. La plupart des États appartenant au Forum des Caraïbes du Groupe des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (CARIFORUM), qui comprend, outre les États membres de la CARICOM, la République dominicaine et Haïti, avaient déjà ratifié la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972 [1], la Convention sur les substances psychotropes de 1972 [2] et la Convention des Nations Unies contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 [3] et opéraient dans leur cadre, tant sur le plan législatif que dans la définition de mesures concrètes. Ce programme régional comporte six volets: épidémiologie, surveillance, prévention par l'éducation, sensibilisation du public, répression, traitement et réadaptation, à quoi s'ajoute la coordination des tâches confiées à un secrétariat.

En 1997, dans la Déclaration de Saint-Domingue, les gouvernements de la région réaffirmèrent leur volonté de créer rapidement un système épidémiologique lié aux drogues. En témoignage pratique de leur engagement, les États membres de la CARICOM décidèrent de prélever sur les montants provenant du Programme indicatif pour les Caraïbes du huitième Fonds de développement européen une somme initiale qui serait allouée à un Projet de système épidémiologique et de surveillance de l'abus des drogues, en vue d'établir un réseau de surveillance régional.

Les ministres de la santé de la CARICOM avaient précédemment choisi le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) comme l'organisation la mieux apte, au vu de son mandat, à se charger des tâches épidémiologiques; il fut donc désigné comme agence d'exécution du projet. Le projet est hébergé dans les locaux de la Division des maladies non transmissibles du CAREC; celui-ci en assure également la gestion technique. En raison de leur expertise et de leur longue expérience dans les domaines du contrôle des drogues et de la prévention, le PNUCID et la CICAD ont été choisis comme partenaires clefs pour la mise en œuvre du projet.

Le Centre d'épidémiologie des Caraïbes et le Réseau d'information sur les drogues pour les Caraïbes

Le CAREC a pour mission d'améliorer l'état de santé des populations de la région des Caraïbes en développant les capacités des États membres dans les domaines de l'épidémiologie, des techniques de laboratoire et autres disciplines de santé, au moyen de la coopération, de la prestation de services, de la formation et de la recherche, en s'appuyant sur un personnel dûment formé et motivé. Il est administré au nom des 21 États membres de la région par l'Organisation panaméricaine de la santé (PAHO). En raison des succès remportés en matière de santé publique dans la région des Caraïbes, le CAREC jouit d'une excellente réputation internationale.

L'objectif premier du Réseau d'information sur les drogues pour les Caraïbes (CARIDIN) est de renforcer la capacité des gouvernements des Caraïbes, des services techniques et des organismes régionaux de faire face à l'évolution des tendances et des modes de consommation des drogues et de contribuer à faire diminuer les abus de drogues dans la région. L'objet du Projet de système épidémiologique et de surveillance de l'abus des drogues est de créer une base de données et d'établir un système d'alerte précoce pour assister les responsables nationaux et régionaux dans le domaine de la réduction de la demande.

L'impact potentiel du Projet de système épidémiologique et de surveillance de l'abus des drogues

Conçu dans une optique à long terme, le Projet se concentre sur l'élaboration des cadres institutionnels, la formation et le développement des expertises en matière de recherche liée aux enquêtes. Cette approche est conçue pour permettre aux réseaux nationaux d'information sur les drogues et aux équipes nationales de chercheurs d'organiser des enquêtes et sondages en tous genres et de recueillir des données épidémiologiques et de surveillance. On ne s'attend pas que les données

tirées des systèmes de surveillance fournissent d'emblée un tableau exhaustif de l'usage de drogues dans la population. Avec le temps, cependant, elles serviront de système d'alerte précoce aux responsables des ministères de la santé, de l'éducation et de la justice et des services sociaux: elles les renseigneront sur les types d'abus de drogues auxquels ils font face et pour lesquels il leur faut planifier.

Points faibles et obstacles potentiels

La mission du CARIDIN est de jeter les bases de systèmes d'information nationaux et régionaux sur les drogues. Son succès dépendra dans une large mesure de la façon dont on aura su tirer parti, à l'échelon national et régional, des mesures préalables d'élaboration des institutions, de formation et de développement des expertises pratiques, en vue des activités de recherche futures et de projets susceptibles d'étayer ces systèmes. Plusieurs obstacles potentiels risquent d'entraver l'action nationale et régionale du CARIDIN: au niveau régional, les actions essentielles, comme d'améliorer le partage de l'information entre pays, de bonifier la comparabilité des données sur l'usage de drogues dans la région et d'utiliser ces informations aux fins de la définition des politiques à suivre, ne pourront être couronnées de succès si les chefs d'État et autres institutions statutaires régionales ne font pas de la réussite du réseau une priorité de la lutte antidrogue. En outre, une initiative régionale comme le CARIDIN doit être assez souple pour s'adapter aux différents contextes nationaux, qu'il s'agisse de l'expertise et des infrastructures disponibles ou de la langue de travail utilisée.

À l'échelon national, le CARIDIN ne pourra atteindre ses objectifs s'il ne parvient pas à mobiliser, à l'appui de ses activités, une large participation des collectivités et des organisations concernées, ou à élaborer une stratégie intégrée de réduction de l'offre et de la demande. Ne pas réussir à convaincre les parties prenantes et les décideurs de l'utilité du réseau CARIDIN et des résultats qu'il a obtenus serait compromettre sa durabilité à long terme. Ces résultats serviront notamment à élaborer les politiques nationales et régionales de prévention, faute de quoi ils ne recevront pas toute l'attention qu'ils méritent. Les données collectées doivent se traduire par des plans d'action judicieux, comme, par exemple, la conception de nouveaux programmes éducatifs. En outre, il faut impérativement aussi que les données recueillies servent à améliorer la qualité de vie des usagers des drogues, qui en ont le plus grand besoin, et celle d'une jeunesse vulnérable.

Il existe d'autres pierres d'achoppement aux niveaux national et régional, comme les changements de gouvernement, qui comportent le risque de voir modifier les priorités, et l'usure – voire, dans certains cas, la migration – du personnel qualifié et des coordonnateurs nationaux. Le développement des expertises de la région ne saurait reposer sur un seul projet; il faut donc créer de nouveaux centres de formation pour intensifier la mobilisation des experts régionaux. Les seules possibilités de formation offertes jusqu'ici dans la région étaient le Caribbean Institute on Alcoholism and other Drug Problems et les cours sur la toxicomanie dispensés par l'Université des Antilles. Toutefois, le Caribbean Institute n'a proposé à ce jour

que deux cours régionaux, non renouvelables, sur les méthodes de la recherche épidémiologique; quant au cours sur la toxicomanie dispensé par l'Université des Antilles, il a épuisé le budget alloué et a dû fermer, faute de financement.

Durabilité et appui futur

Dans toute la région des Caraïbes, l'environnement politique semble actuellement très favorable à un engagement à long terme des États, en vue de poursuivre l'élaboration d'une méthode standard pour la surveillance épidémiologique de l'abus des drogues, ce qui devrait faciliter les comparaisons entre pays. Les pays de la région mettent actuellement en œuvre le Plan d'action de la Barbade et bénéficient d'un appui international considérable; de leur côté, les pays membres de l'Organisation des États américains ont adopté la Stratégie antidrogue de l'hémisphère, qui représente un nouvel engagement dans la lutte antidrogue. Les abus augmentant, le grand public exige une action plus efficace des gouvernements pour prévenir l'usage de drogues, en particulier dans la jeunesse. Plusieurs gouvernements ont exprimé une même crainte, celle de ne pouvoir rémunérer à long terme le personnel technique recruté. C'est notamment le cas des plus petites des îles, dont les services de santé et de recherche sont déjà sollicités jusqu'à l'extrême limite. Le Projet de système épidémiologique et de surveillance de l'abus des drogues permettra de soulager la pénurie de ressources humaines en renforçant une institution des Caraïbes, le CAREC, capable de procéder à l'analyse des données régionales et d'offrir une assistance technique. L'actuel manque d'informations entrave l'efficacité des politiques antidrogue et la capacité de faire face aux problèmes de drogues de la région des Caraïbes. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies peut jouer, à cet égard, un rôle important, puisqu'il n'existe dans la région aucun autre donateur susceptible de financer la recherche. L'Union européenne dispose dans ce domaine d'une expérience considérable; une recherche entreprise avec son appui la ferait grandement apprécier dans la région.

Au niveau mondial, une assistance est fournie dans le cadre du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues. Lors de l'Assemblée générale extraordinaire consacrée aux drogues, tenue à New York du 8 au 10 juin 1998, les États membres prièrent le PNUCID de fournir l'assistance nécessaire à la collecte de données fiables et comparables sur l'usage de drogues. Le Programme mondial d'évaluation a été créé à cette fin – mais aussi pour appuyer des réseaux épidémiologiques régionaux, comme le CARIDIN.

Incidences d'un appui durable

Un réseau épidémiologique ne peut se développer sans tenir compte des différents aspects de la réduction de la demande. Pour la région des Caraïbes, la réduction de la demande implique le renforcement des institutions et le développement des ressources humaines, l'élaboration de politiques, l'éducation préventive, le traitement et la réadaptation des toxicomanes, la recherche et le développement, ainsi

que la gestion et la coordination des programmes. Dans chaque région, la collecte des données est intimement liée au niveau des opérations en cours, de sorte que l'amélioration de l'un ou l'autre de ces paramètres a un impact substantiel sur la définition des stratégies de collecte des données.

Définition des politiques

Dans la plupart, sinon dans la totalité des pays des Caraïbes, les problèmes de transition liés à l'épidémiologie des drogues coexistent avec d'autres problèmes sanitaires ou sociaux. Le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) et autres maladies sexuellement transmissibles, les accidents de la circulation, la criminalité et la violence, les suicides et la comorbidité psychiatrique sont des problèmes étroitement connexes, liés à l'usage de drogues, qui concourent à la dégénérescence de la société. En outre, beaucoup de jeunes gens augmentent encore ces dangers en adoptant des comportements à risque, comme le tabagisme et la consommation d'alcool, l'usage d'autres drogues, la violence, les accidents de la route et les rapports sexuels non protégés. Pour s'attaquer à ces problèmes, la région pourrait concevoir et adopter des parades sociales organisées à l'intention des adolescents, de la jeunesse et de l'ensemble de la société. Vu les liens entre la toxicomanie et d'autres problèmes sanitaires et sociaux, la collecte des données sur l'abus des drogues devra être reliée à d'autres systèmes de données sociales, comme ceux qui concernent le VIH/sida, la jeunesse, la pauvreté et la criminalité.

Éducation à la prévention

S'attaquer à la prévention des maladies liées aux drogues exige que l'on modifie radicalement la façon dont on envisage les soins de santé. Dans la zone couverte par la CARICOM, les systèmes de santé en vigueur sont fondés sur un postulat fort simple: les gens tombent malades et il faut donc les soigner. En revanche, la prévention des maladies liées aux drogues force l'individu à agir. Il ou elle doit assumer la responsabilité de ses actes quotidiens; ne pas le faire peut être considéré comme portant atteinte aux droits de ses concitoyens. On dépense des millions de dollars pour traiter le cancer du poumon, dû, dans 90 % des cas, à la cigarette, et la seule façon de faire baisser cette dépense est de convaincre les citoyens de cesser de fumer – ou de ne pas commencer à fumer. Les institutions régionales n'ont pas le choix: il leur faut décider, en toute conscience, de promouvoir des styles de vie plus sains. Il est particulièrement utile d'identifier la composante "drogue" d'autres projets et programmes de développement traitant de la dépaupérisation, du VIH/sida, du transfert de pouvoir aux collectivités ou de la prévention de la criminalité. De tels projets donnent probablement de meilleurs résultats en termes de réduction des abus que les projets de prévention primaire, car les programmes de développement s'attaquent aux causes sous-jacentes de l'usage problématique de drogues et se concentrent sur les groupes les plus vulnérables.

Traitement et réadaptation

L'un des principaux problèmes qui entrave les initiatives liées à l'abus des drogues dans la région, c'est le manque de centres de traitement – surtout dans les plus petites des îles Caraïbes. La désintoxication médicale des usagers se fait à l'hôpital ou dans un établissement de soins psychiatriques; d'autres structures proposent, en milieu hospitalier, un traitement fondé sur l'abstinence totale. Mais on manque cruellement d'autres services spécialisés, comme, par exemple, les services destinés aux femmes et aux jeunes, les centres d'accueil "portes ouvertes" et les services consultatifs pour patients admis en traitement ambulatoire. En outre, les services de traitement fonctionnent fréquemment en dehors de toute norme de qualité des soins. Tant que de telles normes n'auront pas été instituées et tant que l'on n'aura pas amélioré l'efficacité des services de traitement, la collecte de données dans les centres de traitement ne sera pas considérée comme prioritaire. Le réseau CARIDIN devra également préconiser le recours à la prévention tertiaire et la poursuite de l'élaboration de programmes de traitement.

Recherche et développement

Les États membres de la CARICOM sont convaincus qu'en un temps où les populations de la région des Caraïbes sont de plus en plus exposées aux drogues illicites, l'absence d'une base de données globales et comparables sur les tendances et les modes d'usage empêche les instances nationales de planifier et de mettre en œuvre des programmes adéquats de prévention, de réadaptation et de contrôle. Il est grandement besoin d'informations pouvant servir à la définition de politiques fondées sur des éléments concrets. Les États membres sont persuadés que, en raison des lacunes des compilations nationales de données et du manque de coordination, de la médiocre qualité des données existantes et de la difficulté de les comparer à l'échelon régional, de la pénurie de personnels dûment formés et d'un partage insuffisant de l'information entre pays de la région, les activités de planification et de programmation ne sont ni adéquatement ciblées, ni d'un bon rapport coût-efficacité. Pour que les activités nationales et régionales de recherche-développement puissent véritablement étayer les nouvelles initiatives, il convient de rassembler des éléments de preuves crédibles et de les partager en permanence avec les autres pays de la région. Le réseau CARIDIN est maintenant bien placé pour rassembler, analyser et diffuser données et études sur l'usage de drogues aux Caraïbes, en vue d'évaluer l'ampleur du problème de la toxicomanie dans la région.

Conclusion

Pour pouvoir poursuivre sa tâche, le réseau CARIDIN aura besoin de financements réguliers des gouvernements de la région ou de donateurs extérieurs, voire des deux. Lors de la création de réseaux épidémiologiques régionaux et nationaux, il faut impérativement établir des liens entre les activités menées au titre des projets et les sources d'expertise existantes ou prévues, ainsi qu'avec les infrastructures

liées à la recherche épidémiologique. Les donateurs doivent donc être conscients du fait que les personnels engagés dans la réduction de la demande ont absolument besoin d'une formation. Dans le passé, malheureusement, les donateurs extérieurs ont beaucoup investi dans la formation de magistrats et de policiers, mais négligé le volet "demande". Une approche intégrée et équilibrée de la lutte antidrogue ne peut toutefois réussir que si l'on reconnaît que la réduction de la demande est tout aussi importante que celle de l'offre.

Références

1. Recueil des traités des Nations Unies, vol. 520, n° 7515.
2. Recueil des traités des Nations Unies, vol. 1019, n° 14956.
3. *Documents officiels de la Conférence des Nations Unies pour l'adoption d'une convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, Vienne, 25 novembre-20 décembre 1988*, vol. 1 (publication des Nations Unies, numéro de vente: F.94.XI.5).

Création du réseau épidémiologique sur l'usage de drogues de la Communauté de développement de l'Afrique australe: méthodes et problèmes

C. D. H. PARRY*

A. PLÜDEMANN

*Alcohol and Drug Abuse Research Group, Medical Research Council,
Cape Town (Afrique du Sud)*

J. STRIJDOM

*Directorate for Social and Human Development and Special Programmes, Southern African
Development Community, Gaborone (Botswana)*

RÉSUMÉ

En 2000, la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a chargé le Conseil de la recherche médicale d'Afrique australe de créer le Réseau épidémiologique de la SADC sur l'usage de drogues (SENDU). Le SENDU a pour tâche d'améliorer la base d'information mise à la disposition des responsables politiques des États membres de la SADC, en vue d'alléger le fardeau sanitaire, social et économique de l'abus d'alcool et d'autres drogues. Les auteurs du présent article décrivent les méthodes utilisées pour créer un système de surveillance de l'alcool et des drogues dans les 14 États membres de la SADC. Ils mettent notamment l'accent sur la formation et l'appui technique, sur l'élaboration, dans chaque pays, d'un réseau de parties prenantes, sur les indicateurs clefs, sur les sources, la compilation et la validation des données, et sur la diffusion de l'information. L'article évoque également certaines questions liées à l'élaboration de réseaux épidémiologiques sur l'abus de drogues dans les pays en développement et, en particulier, les problèmes structurels qui se posent aux niveaux national et international, les difficultés de trésorerie, le financement, la nécessité de faire preuve de souplesse, et des notions telles que la "progression par petits pas". S'il est encore trop tôt pour mesurer l'impact du SENDU, son utilité, selon les auteurs, est déjà avérée.

Mots clefs: Afrique australe; surveillance; abus de drogues; épidémiologie; méthodes.

* Les auteurs se félicitent de la contribution financière du Fonds européen de développement et du Programme européen pour la reconstruction et le développement de l'Afrique australe au projet SENDU, ainsi que de l'appui technique apporté au projet par Nicholas J. Kozel, de la Division of Epidemiology, Services and Prevention Research de l'Institut national des États Unis sur l'abus des drogues, par Paul Griffiths, Rebecca McKetin et Matthew Warner-Smith du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues du PNUCID, et par d'autres membres de l'International Epidemiology Work Group on Drug Abuse, en particulier Zili Sloboda, Vis Navaratnam et Richard Hartnoll.

Introduction

La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a été créée en 1992 et comprend 14 États membres, dont la superficie, la population, la langue officielle et les revenus varient grandement (voir le tableau 1). La région compte une population totale de quelque 200 millions d'habitants; sa masse continentale équivaut à celle des États-Unis d'Amérique. Parmi les principaux problèmes auxquels la SADC doit actuellement s'attaquer, citons la dépaupérisation, l'impact du virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) et l'instabilité politique.

Tableau 1. Les États membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe: Indicateurs choisis

État membre	Superficie (en km ²)	Population ^a	Produit intérieur brut par habitant ^b (en dollars É.-U.)	Langue(s) officielle(s)
Angola	1 246 700	10 366 031	1 000	Portugais
Botswana	600 370	1 586 119	6 600	Anglais
Rép. dém. du Congo	2 345 410	53 624 718	600	Français
Lesotho	30 355	2 177 062	2 400	Anglais
Malawi	118 480	10 548 250	900	Anglais et chichéwa
Maurice	1 860	1 189 825	10 400	Anglais
Mozambique	801 590	19 371 057	1 000	Portugais
Namibie	825 418	1 797 677	4 300	Anglais
Seychelles	455	79 715	7 700	Anglais et français
Afrique du Sud	1 219 919	43 586 097	8 500	«
Swaziland	17 363	1 104 343	4 000	Anglais et siswati
Rép.-Unie de Tanzanie	945 087	36 232 074	710	Anglais et swahili
Zambie	752 614	9 770 199	880	Anglais
Zimbabwe	390 580	11 365 366	2 500	Anglais
Total	9 296 201	202 789 533		

Source: États-Unis d'Amérique: Central Intelligence Agency, The World Fact Book, 2001, Washington, D.C.

^aEstimations pour 2001.

^bParité du pouvoir d'achat (estimations pour 2000)

^cOn dénombre 11 langues officielles dans le pays; l'anglais est la plus usitée.

En 2000, au titre du Programme régional de contrôle des drogues de la SADC, le Conseil médical de la recherche d'Afrique du Sud a été chargé d'établir des systèmes sentinelles de surveillance dans tous les États membres [1]. Motivée par la conviction que les dommages causés en Afrique australe par l'alcool et les autres drogues augmenteraient probablement avec le développement cette initiative découle du Protocole sur la lutte contre les drogues illicites, adopté par la SADC en 1996, qui relève l'importance de l'information et de la recherche à l'appui des mesures d'interdiction et de réduction de la demande [2].

Le réseau régional établi en octobre 2000 porte le nom de Réseau épidémiologique de la SADC sur l'usage des drogues (SENDU). Il a été calqué sur le modèle du réseau épidémiologique sud-africain sur l'abus des drogues (SACENDU), système de surveillance de l'alcoolisme et des toxicomanies établi en 1996, qui rassemble des chercheurs, des praticiens et des décideurs politiques de cinq sites sentinelles d'Afrique du Sud [3]. Outre qu'il fournit des informations sur les tendances de l'usage d'alcool et de drogues, le SACENDU a aidé à développer les capacités de recherche et stimulé les travaux de recherche sur l'alcool et les drogues dans des zones nouvelles ou mal desservies; il a également formulé des suggestions en ce qui concerne les pratiques et mesures en matière d'abus [4].

L'objectif ultime du SENDU est d'améliorer la base d'information mise à la disposition des responsables politiques des États membres de la SADC, en vue d'alléger le fardeau sanitaire, social et économique que représente l'abus d'alcool et des autres drogues. Ses objectifs spécifiques sont:

- a) d'établir un réseau de parties prenantes sur un ou plusieurs sites dans chacun des États membres de la SADC;
- b) de s'entendre sur un ensemble d'indicateurs servant à définir la nature, la portée et l'impact de l'abus d'alcool et de drogues;
- c) de recueillir sur chacun des sites des données sur les indicateurs liés à l'alcool et aux drogues;
- d) de partager, de compiler et de collationner tous les six mois les informations nationales et régionales recueillies sur chacun des sites;
- e) de diffuser l'information, aux niveaux national et régional, parmi les responsables politiques et les praticiens;
- f) d'intervenir auprès des décideurs clefs pour qu'ils se servent des informations fournies par le système de surveillance et en appuient le développement;
- g) d'évaluer l'efficacité du projet.

Méthodes

On se propose d'atteindre les objectifs susmentionnés au moyen des tâches décrites ci-après, qui seront entreprises entre 2000 et 2005.

Formation et appui technique

Une consultation de quatre jours se tint à Pretoria en octobre 2000, à laquelle participèrent des représentants de tous les États membres de la SADC. Cette consultation reçut l'appui du fonctionnaire de la SADC chargé du contrôle des stupéfiants et du personnel du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID) travaillant pour le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues [5]. Avant la consultation, les représentants avaient rempli un formulaire visant à évaluer la nature et la portée des sources d'informations potentielles sur l'alcool et les drogues dans chaque pays et à étudier les voies et moyens propres à améliorer la qualité et la quantité des données recueillies. Lors de la consultation, une formation fut dispensée sous forme de conférences et d'une participation à une réunion nationale du projet SACENDU. Entre autres objectifs, cette formation visait à informer les participants: a) de la nécessité de surveiller en permanence les tendances des abus d'alcool et de drogues; b) des différentes méthodes permettant de surveiller les tendances en matière d'abus d'alcool et de drogues; et c) de l'établissement de réseaux épidémiologiques communautaires, de la nécessité d'identifier les indicateurs utilisés et des méthodes servant à la collecte et à l'analyse des données et à l'établissement des rapports connexes.

Un autre volet important de la formation consiste en des visites d'appui technique, d'une durée de quatre à sept jours, dans chacun des pays concernés. En 2001 et dans la première moitié de 2002, des stages ont ainsi été effectués au Botswana, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Namibie et aux Seychelles. Des visites d'appui technique seront organisées dans les autres pays d'ici à la fin de juin 2004 (voir le tableau 2). L'objet de ces visites techniques est de mieux familiariser les stagiaires avec les caractéristiques de l'abus d'alcool et de drogues dans chaque pays, de rencontrer des fonctionnaires du gouvernement pour les informer de la mission du SENDU, d'aider les pays à élaborer des outils de collecte et de compilation de données sur l'usage d'alcool et de drogues et ses conséquences, d'aider les coordonnateurs nationaux à organiser une première réunion de membres potentiels d'un réseau de surveillance de l'abus d'alcool et de drogues, de visiter les institutions chargées de la collecte des données et de recenser les autres domaines où un appui technique ou autre semble nécessaire.

Une formation complémentaire est dispensée sous forme d'exercices pratiques (sur la gestion des données ou les techniques d'analyse, par exemple), de réunions régionales semestrielles "de compte rendu", de contacts individuels entre le personnel du Conseil de la recherche médicale et les responsables des divers sites et de lettres semestrielles d'information (*SENDU Update*) et de rapports.

Établissement d'un réseau de parties prenantes

L'établissement, dans chaque pays, d'un réseau épidémiologique communautaire sur un ou plusieurs sites n'est pas seulement l'un des objectifs du SENDU, mais aussi un moyen d'atteindre d'autres objectifs. Les réseaux épidémiologiques

Tableau 2. Calendrier proposé pour l'établissement de sites du SENDU

État membre	Visite d'appui technique	Début officiel de collecte de données	Premier rapport sur la collecte de données à une réunion régionale
Lesotho, Maurice et Seychelles	janvier-juin 2001	juillet 2001	avril-mai 2002
Botswana et Namibie	juillet-décembre 2001	janvier 2002	octobre-novembre 2002
Malawi et Mozambique	janvier-juin 2002	juillet 2002	avril-mai 2003
Rép.-Unie de Tanzanie	juillet-décembre 2002	janvier 2003	octobre-novembre 2003
Zambie et Zimbabwe	janvier-juin 2003	juillet 2003	avril-mai 2004
Swaziland	juillet-décembre 2003	janvier 2004	octobre-novembre 2004
Angola et Rép. dém. du Congo	janvier-juin 2004	juillet 2004	avril-mai 2005

Note: Le système sud-africain de surveillance de l'abus d'alcool et de drogues fonctionne depuis juillet 1996; les premières données collectées ont été communiquées en avril 1997.

communautaires sont des groupes de travail pluri-institutionnels, axés sur la santé publique, qui étudient l'apparition, la propagation et la croissance de l'abus des drogues et des problèmes y afférents [6]. Les membres du réseau ont accès à des informations provenant de tout un éventail de sources. Ils se réunissent périodiquement pour examiner et comparer les données et en tirer des conclusions. Ces données sont présentées de façon normalisée afin d'en faciliter l'examen et l'analyse comparative. Des études qualitatives peuvent être effectuées pour aider les membres à comprendre les conclusions tirées des ensembles de données existants [6]. Des réseaux régionaux, nationaux et locaux ont été établis dans plusieurs régions du monde [7].

Les membres d'un réseau ont pour principaux objectifs de cerner les caractéristiques de l'abus dans des zones géographiques déterminées, de recenser les changements intervenus dans les modes de consommation au cours d'une période donnée pour mieux comprendre les tendances, déceler les nouvelles tendances des abus de drogues, communiquer et diffuser l'information aux agences et services communautaires concernés, afin qu'elle serve à l'élaboration de politiques, de mesures concrètes, de stratégies de prévention et d'études liées à la recherche. On trouve parmi les membres du réseau des personnes averties, capables d'évaluer les informations sur l'usage de drogues dans telles zones géographiques déterminées. Elles représentent des services ou organisations chargés des problèmes d'abus ou qui ont besoin d'informations sur la toxicomanie. Les chercheurs et les personnes qui ont une connaissance particulière d'une population d'usagers des drogues peuvent également en faire partie [6, 7].

Dans le cadre du projet SENDU, la constitution de réseaux locaux est encouragée de plusieurs façons: par des rencontres individuelles en face à face; par des

visites de sites, au titre des stages d'appui technique; ou par des ateliers d'une journée tenus à l'occasion de ces visites. On fait également appel à d'autres incitations, comme les réunions de compte rendu organisées, deux fois par an, sur chacun des sites. Les réseaux peuvent en tout temps accueillir de nouveaux membres.

Accord sur les indicateurs de base et recensement des sources de données

Lors de la consultation, les représentants nationaux se virent soumettre une liste d'indicateurs liés à l'usage d'alcool et de drogues et à ses conséquences; ces indicateurs étaient classés en fonction de la source des données. Il s'agissait:

a) de substances de prédilection – primaires ou secondaires – déclarées par les usagers lors de leur admission dans des centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie;

b) de la proportion des diagnostics d'admission et d'arrêt du traitement, telle que déclarée par les centres de traitement psychiatrique;

c) des décès liés à l'alcool et aux drogues, tels que révélés par les morgues;

d) des admissions dans les services d'urgence pour alcoolisme ou toxicomanie, déclarées par les intéressés ou révélées par les marqueurs biologiques;

e) des données relatives aux saisies, à la composition des drogues et à leur prix, obtenues auprès de la brigade des stupéfiants et des laboratoires de médecine légale;

f) des comportements induits par l'usage d'alcool et de drogues, et de leurs conséquences, tels que révélés par les enquêtes ou par des entrevues avec des étudiants du secondaire, des habitués des soirées rave, des travailleurs/travailleuses du sexe, des enfants des rues, des détenus ou des personnes fréquentant des cliniques de soins de santé primaires;

g) de la criminalité liée à l'usage d'alcool et de drogues, telle que rapportée par les intéressés eux-mêmes, ou telle que révélée par l'analyse d'urine des personnes arrêtées pour toutes sortes de délits.

On décèle de nombreux recoupements entre ces indicateurs et l'ensemble d'indicateurs de base recensé par un groupe d'experts, réuni à Lisbonne en janvier 2000, à l'occasion d'une réunion parrainée par le PNUCID sur les principes, les structures et les indicateurs nécessaires à l'élaboration de systèmes efficaces d'information sur les drogues. Cet ensemble d'indicateurs sert ultérieurement à réviser la deuxième partie du questionnaire du PNUCID destiné aux rapports annuels.

Lors de la consultation, un large consensus se dégaga quant à la pertinence des indicateurs et des sources susmentionnés. Lors des visites d'appui technique effectuées dans les pays, cet ensemble d'indicateurs ("système de base") a été affiné et complété. Il a été recommandé que, selon les besoins, les données soient ventilées par groupe d'âge et par sexe. Le système "de base" comprend des données sur la

demande de traitement émanant des spécialistes du traitement de la toxicomanie et des hôpitaux psychiatriques, ainsi que des informations communiquées par la police sur les arrestations, les saisies et le prix des drogues (tableau 3). D'autres renseignements peuvent s'y ajouter, tirés des enquêtes en milieu scolaire, des études effectuées dans les morgues et les services d'urgence, ou des données obtenues auprès d'organisations non gouvernementales (celles, par exemple, qui s'occupent de jeunes). D'autres éléments viendront ultérieurement s'ajouter, à mesure que le système de collecte de données progressera sur un site donné. Il faut veiller à la cohérence des indicateurs de base recueillis à différentes sources pour mieux comprendre l'alcoolisme, la toxicomanie et leurs conséquences.

Tableau 3. Principales sources de données susceptibles d'être utilisées dans certains pays choisis lors de la phase 1 du projet

Source	Botswana	Lesotho	Maurice	Mozambique	Namibie	Seychelles	Afrique du Sud
<i>Secteur de la santé et des services sociaux</i>							
Centres de traitement spécialisés		x	x	x	x	x	x
Services psychiatriques	x	x	x	x	x	x	x
Morgues	x				x	x	x
Salles d'urgence							x
Services hospitaliers				x			
<i>Services de répression, justice, prisons</i>							
Brigade des stupéfiants ou laboratoire médico-légal	x	x	x	x	x	x	x
Données provenant des prisons			x		x		
Service de probation	x					x	
Service de la circulation	x				x		
<i>Autres</i>							
Production d'alcool			x			x	
Autres organisations non gouvernementales	x			x	x	x	
Conseillers scolaires						x	

Collecte de données sur les indicateurs des drogues et de l'alcool sur chacun des sites

Une fois des réseaux établis sur chacun des sites et l'accord réalisé sur les indicateurs et les sources auxquels on veut pouvoir accéder sur tel site donné, les responsables nationaux sont encouragés à collecter des données auprès de chaque site, deux fois par an – à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet. En cas de besoin, une aide complémentaire est fournie aux intéressés. Ainsi, dans la plupart des pays, des ateliers ont été organisés pour aider le personnel des centres de traitement de l'alcool et des toxicomanies et les responsables des services publics à élaborer des outils standard de collecte des données et à s'entendre sur la façon de colliger l'information obtenue auprès des différents centres. Des outils types de collecte des données ont donc été mis au point et diffusés, par exemple dans les centres de traitement de l'alcool et des toxicomanies, auprès des brigades des stupéfiants, dans les centres de soins de santé primaires et dans les services psychiatriques.

Partage, validation et collationnement des informations recueillies

Chaque réseau local est censé tenir des réunions de compte rendu semestrielles, à l'occasion desquelles les informations recueillies sont présentées, par source. Les organisateurs de ces réunions sont invités à ménager le temps nécessaire aux discussions, de manière que les membres du réseau puissent "interroger" les données, c'est à dire se pencher sur les convergences, les divergences et les évolutions constatées dans le temps afin de leur trouver des explications. Il appartient ensuite aux responsables du site de collationner les informations recueillies à différentes sources et, ultérieurement (une fois qu'on disposera de données sur les tendances), de préparer un rapport de site en respectant le format standard prévu à cet effet. Les responsables de sites sont encouragés à attirer l'attention des participants sur les points à surveiller, sur les questions qui exigent une recherche approfondie et sur les incidences possibles; ils sont également invités à recueillir toutes suggestions utiles en matière d'orientation et de mesures concrètes.

Des réunions de compte rendu semestrielles sont également organisées à l'échelon régional pour faciliter la présentation des rapports nationaux et discuter des convergences, des divergences, des tendances, etc. Le Conseil de la recherche médicale a été chargé de rédiger, deux fois par an, les rapports de la région, en collationnant les informations tirées des rapports nationaux, en approfondissant l'analyse des tendances et en procédant à des analyses prédictives.

Diffusion de l'information et activités de sensibilisation

La diffusion de l'information est un élément clef de l'initiative SENDU. Une telle diffusion vise plusieurs publics. À l'échelon national, on cible les membres du réseau sur chaque site, les médias, le grand public et les décideurs qui ne font pas partie du réseau. À l'échelon international, on vise les membres d'autres réseaux nationaux ou locaux, la Commission de contrôle des drogues de la SADC et des

organes des Nations Unies, tels le PNUCID et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Pour atteindre des publics si variés, on se sert, selon les cas, de documents d'information, de communiqués de presse ou de rapports plus ou moins volumineux. Ces documents sont envoyés par courrier et publiés sur un site Internet¹. Des entrevues radiophoniques ou télévisées ont été diffusées dans la plupart des pays membres. Des séances spéciales d'information, fondées sur des données communiquées par le SACENDU, ont également été organisées à l'intention de commissions parlementaires et de certains dirigeants d'Afrique du Sud. À ce jour, des exposés concernant le réseau sud-africain et le réseau régional ont été présentés lors de réunions internationales tenues aux États-Unis et en Europe. La sensibilisation du public aux activités du SENDU doit se poursuivre, d'abord pour que les données obtenues parviennent aux responsables politiques, ensuite pour obtenir le soutien financier dont les réseaux nationaux et régionaux ont besoin.

Évaluation du projet

La SADC a prévu une évaluation externe du projet. Celle-ci devrait avoir lieu vers la fin du premier cycle quinquennal de financement. Le projet sera évalué en fonction du degré de participation des parties prenantes, de l'exhaustivité et de la qualité des informations obtenues, de l'utilité du processus, des connaissances acquises par les participants au réseau et les décideurs et de la validité des indicateurs. Une évaluation positive aurait un impact décisif sur la pérennité de l'appui des États membres de la SADC.

Questions clefs

Dans la section consacrée aux méthodes, nous donnions un aperçu des moyens à utiliser pour atteindre les objectifs énumérés dans l'introduction au présent article. Mais il nous faut maintenant aborder d'autres sujets pour illustrer ce qui a été accompli en Afrique australe et énumérer les éléments qui ont permis d'instituer des réseaux épidémiologiques communautaires dans les pays en développement.

Questions structurelles

À l'échelon national, il est indispensable de pouvoir miser sur une agence chef de file, capable de favoriser l'élaboration du système de surveillance. Celle-ci devrait être dotée d'un système de financement stable. Dans l'idéal, chaque pays devrait pouvoir compter sur plus d'un "champion" pour défendre et stimuler le processus. Tous les pays ont été invités à constituer un petit comité directeur, composé de personnes aux compétences diverses et venant de différents secteurs, chargé de veiller au développement des réseaux locaux. Ce comité directeur a pour fonctions de déterminer les sources de données à inclure dans chacun des systèmes de surveillance, d'établir des liaisons avec les personnes ou organismes responsables

¹Celui du réseau sud-africain de la santé: www.sahealthinfo.org/admodule/sendu.htm

de la collecte des données afin de s'assurer qu'ils sont dûment motivés et équipés pour entreprendre cette collecte, d'aider l'agence chef de file à recueillir, colliger et analyser les données obtenues lors de chacune des phases, de rédiger le rapport national à la fin de chaque cycle de collecte de données, d'assister l'agence chef de file dans la préparation des exposés présentés à l'occasion des réunions semestrielles de compte rendu et de veiller au bon fonctionnement et à l'expansion du système de surveillance.

Un appui international est également utile à l'élaboration des systèmes nationaux de surveillance. Ainsi, le fait d'avoir bénéficié de l'appui du secrétariat de la SDAC a facilité la création du SENDU. Les visites d'appui technique de l'équipe du Conseil médical de la recherche (accompagnée par le fonctionnaire de la SADC chargé du contrôle des stupéfiants) ont servi de catalyseur et permis la création de tels systèmes à l'échelon national. En outre, les réunions semestrielles de compte rendu, auxquelles assistent également les membres de la commission de la SADC sur le contrôle des stupéfiants, aident au bon fonctionnement des systèmes nationaux de surveillance. L'appui du Programme mondial d'évaluation a également été précieux, en raison, principalement, de l'appui technique apporté par les conseillers régionaux en épidémiologie. Avec l'assistance de l'Institut national des États-Unis sur l'abus des drogues et du PNUCID, le SACENDU et le SENDU ont pu participer à des réunions internationales et leurs personnels ont pu se familiariser avec le fonctionnement d'autres systèmes de surveillance.

Développement des capacités et difficultés d'ordre financier

La capacité d'établir les types de systèmes de surveillance évoqués dans le présent article varie grandement, selon les pays, car ceux-ci disposent de ressources humaines et autres fort différentes. Certains ont déjà mis en place les principaux éléments du système et n'ont plus besoin que d'encouragements pour établir leur réseau et commencer à collationner les informations déjà recueillies à diverses sources. D'autres, cependant, manquent de ressources, par exemple, d'équipements de laboratoire nécessaires à la police pour tester les drogues, de matériels et de logiciels informatiques permettant au personnel d'entrer, d'analyser et de colliger les données. Par l'intermédiaire du Programme mondial d'évaluation, le PNUCID a aidé à fournir des équipements et des logiciels à plusieurs États membres du SENDU et à organiser un atelier sur la gestion et l'analyse des données.

Financement

Les systèmes de surveillance communautaires sont un moyen relativement peu onéreux de surveiller les abus d'alcool et de drogues [4]. Ils ont toutefois besoin de fonds pour appuyer les réunions de compte rendu (aux niveaux local, national et régional), les activités de diffusion et les études spéciales. À l'origine, le projet SACENDU a bénéficié, par l'intermédiaire de l'OMS, d'un financement du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); il usa ultérieurement de cet argument pour obtenir des financements auprès de divers services gouvernementaux,

nationaux et provinciaux. L'initiative SENDU a reçu une dotation de cinq ans de la SADC, par l'intermédiaire de l'Union européenne. Ces fonds servent à financer la formation et les consultations, les visites d'appui technique (y compris la première réunion nationale du réseau) et les réunions semestrielles de compte rendu, et à faciliter la préparation des rapports et la diffusion de l'information. On espère qu'à la fin de cette période, le projet sera essentiellement subventionné par des États membres de la SADC.

Souplesse

La création du SENDU portait de la volonté d'établir un système de surveillance permettant les comparaisons entre pays. Un tel système ne peut toutefois être imposé de façon rigide. On sait que les pays diffèrent sur bien des points, qu'il s'agisse de l'agence chef de file, des sources de données ou de l'objet principal des préoccupations: le pays tout entier ou certains sites sentinelles du pays. Les réseaux locaux doivent également être prêts à faire preuve de souplesse et à procéder aux adaptations nécessaires lorsqu'ils s'aperçoivent qu'une méthode ne donne pas les résultats escomptés (par exemple si une source de données particulière est tarie.)

La progression "par petits pas"

Élaborer un réseau urbain, national ou régional prend forcément du temps. Il arrive qu'on subisse des revers, par exemple quand les données voulues ne sont pas disponibles lors d'une réunion de compte rendu. La solution consiste à aller de l'avant en s'appuyant sur les succès remportés et à contourner les difficultés, en s'efforçant constamment de progresser et d'améliorer le système.

Conclusion

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact du SENDU. Les auteurs considèrent que l'engagement des responsables nationaux du réseau et des décideurs politiques envers le réseau a été, jusqu'ici, sans faille. Le projet SENDU a stimulé l'établissement de réseaux entre les pays, d'une part, entre les pays et telles instances internationales telles que le PNUCID, d'autre part, ainsi qu'entre les parties prenantes d'un même pays travaillant dans des secteurs différents. Les capacités nationales ont été renforcées aux fins d'améliorer la surveillance de l'usage d'alcool et de stupéfiants et de ses conséquences. On a recueilli des informations de base sur la situation de l'abus des drogues et les ressources existantes en matière de collecte des données et sept pays ont entrepris la collecte systématique de données dans le format standard du SENDU. Les informations reçues à l'issue de la réunion de compte rendu tenue à Cape Town, en Afrique du Sud, en avril 2002, confirment que l'alcoolisme et la toxicomanie varient grandement selon les États membres de la SADC et que le profil des drogues consommées dans la région, comme celui de leurs usagers, est en train de changer.

Références

1. Communauté de développement de l'Afrique australe, *SADC Regional Drug Control Programme 1998-2002* (Gaborone, 1998).
2. Communauté de développement de l'Afrique australe, *Protocol on Combating Illicit Drugs* (Gaborone, 1996).
3. C. D. H. Parry, A. Plüddemann et A. Bhana, "Southern African Community Epidemiology Network on Drug Use (SENDU): Year 1", in *Epidemiologic Trends in Drug Abuse, vol. II: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group*, National Institute on Drug Abuse, ed. (Rockville, Maryland, 2001), p. 364-377.
4. C. D. H. Parry et al., "The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU): description, findings (1977-1999) and policy implications", *Addiction*, vol. 97, p. 969-976.
5. Office des Nations Unies pour le contrôle des drogues et la prévention du crime, *Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues* (Vienne, 2000). Disponible sur le site www.undcp.org/pdf/drug_demand_gap_project.pdf (31 mai 2002).
6. N. Kozel et Z. Sloboda, *Assessing Drug Abuse Within and Across Communities: Community Epidemiology Surveillance Networks on Drug Abuse* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1998).
7. Z. Sloboda et N. Kozel, "Frontline surveillance: the Community Epidemiology Work Group on Drug Abuse", in *Drug Abuse: Origins and Interventions*, M. D. Glantz and C. R. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press), p. 47-62.

Élaborer des systèmes d'information sur l'abus des drogues en Afrique: un pari difficile

M. WARNER-SMITH*

*Office des Nations Unies contre la drogue et le crime,
Bureau régional pour l'Afrique australe,
Pretoria (Afrique du Sud)*

RÉSUMÉ

L'élaboration de systèmes de collecte de données sur la consommation de drogues en Afrique subsaharienne se heurte à plusieurs obstacles. Les contextes politique, culturel et économique sont à l'origine de nombreuses difficultés. Si certaines sont mineures, comme l'inconvénient que représente une infrastructure de communications limitée, d'autres sont plus graves, puisqu'elles concernent les priorités des gouvernements en matière de dépenses de santé. Outre les problèmes ordinaires auxquels se heurte toute entreprise de développement en Afrique subsaharienne, les concepteurs de systèmes d'information sur les drogues doivent s'accommoder de l'absence de données régulières sur les drogues tirées des indicateurs et de la pénurie de personnels compétents, capables de gérer les systèmes d'information sur les drogues. Pour obtenir des informations fiables sur la consommation de drogues, le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, ainsi que ses homologues nationaux ou régionaux, telle la Communauté de développement de l'Afrique australe, ont appuyé l'établissement de systèmes d'information sur les drogues dans la région. Le présent article expose certaines des principales difficultés rencontrées dans l'élaboration de systèmes de collecte de données dans la région. En vue de développer la capacité de recueillir des données plus fiables sur les caractéristiques et les tendances de la consommation de drogues en Afrique subsaharienne, il met également en relief certaines questions touchant aux priorités en matière de développement.

Mots clefs: Systèmes d'information sur les drogues; Afrique; usage de drogues; épidémiologie; tendances.

*L'auteur tient à remercier ses collègues du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, de leurs conseils éclairés et de leur aide, ainsi que ses collègues du Système est-africain d'information sur les drogues et du Réseau épidémiologique sur l'usage de drogues de la Communauté de développement de l'Afrique australe, en particulier Charles Parry, Andreas Plüddemann et Johnny Strijdom.

Dans la plupart des pays du monde, on manque de données fiables sur la prévalence, les caractéristiques et les tendances de la consommation de drogues illicites [1]. Ce déficit d'information entrave sérieusement l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de programmes conçus pour faire baisser la consommation ou pour limiter les effets sanitaires et sociaux néfastes liés à la toxicomanie. La pénurie de données de qualité est particulièrement sensible en Afrique. À ce jour, l'essentiel des informations sur l'épidémiologie des drogues en Afrique a consisté en évaluations rapides de situation [2-4]. Bien que les évaluations rapides de situation puissent fournir des informations contextuelles valables sur les types de drogues et les modes de consommation, elle ne présentent qu'un intérêt limité dans la surveillance des tendances de l'usage.

Les systèmes intégrés d'information sur les drogues sont bien plus utiles à la surveillance permanente des caractéristiques et des tendances de la consommation de drogues. Les systèmes intégrés d'information sur les drogues rassemblent périodiquement des données liées à l'usage de drogues, portant, par exemple, sur les admissions dans des centres de traitement de la toxicomanie ou sur les arrestations liées aux drogues, ainsi que des données épidémiologiques plus ciblées, comme les données tirées d'enquêtes et d'études spécialisées, afin d'obtenir un tableau des caractéristiques et des tendances de la consommation dans une zone géographique donnée [5]. La triangulation de l'éventail de sources de données utilisées par un tel système minimise l'effet des facteurs de confusion, l'information recueillie devenant plus robuste à mesure qu'augmentent les sources de données [6]. Cette approche a été utilisée avec succès dans nombre de pays et régions développés, comme le prouvent le Community Epidemiology Work Group des États-Unis d'Amérique [7], l'Observatoire européen des drogues et de la toxicomanie [8] et l'Illicit Drug Reporting System d'Australie [5]. De tels systèmes ont récemment été établis dans un certain nombre de régions en développement, comme les Caraïbes et l'Amérique latine.

L'élaboration de systèmes d'information sur les drogues a également commencé dans certaines sous-régions de l'Afrique. En Afrique australe, ces systèmes sont appuyés par la Communauté de développement de l'Afrique australe, par l'entremise de son réseau épidémiologique sur l'usage de drogues. En outre, le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues est très actif en Afrique australe, où il appuie le réseau épidémiologique sur l'usage de drogues, ainsi qu'en Afrique de l'Est, où il aide à élaborer un système est-africain d'information sur les drogues. Ces programmes visent à développer le potentiel local afin d'obtenir des informations de qualité sur la consommation de stupéfiants, via les réseaux établis et par l'instauration de méthodes de collecte de données fiables. Ils y parviennent notamment par l'établissement de réseaux d'information régionaux, tandis qu'au plan national, ces programmes aident à l'élaboration de systèmes nationaux d'information sur les drogues et offrent une formation et des ressources permettant de satisfaire les besoins essentiels.

L'Afrique subsaharienne est probablement la région la moins développée du monde, et si l'élaboration de systèmes d'information sur les drogues y est considérée comme une priorité, elle n'en pose pas moins des problèmes particuliers. La région

d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe couverte par le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues englobe des pays allant de l'Érythrée, au nord, aux États insulaires de l'océan Indien, à l'est, à l'Afrique du Sud, au sud, et à l'Angola et à la République démocratique du Congo, à l'ouest*. On estime la population de ces régions à plus de 338 millions d'habitants, ce qui représente 6 %, environ, de la population mondiale [9]. Le revenu intérieur brut annuel moyen de ces deux régions est de 2 075 dollars É.-U. par habitant; le taux d'alphabetisation y est de 62,7 %, l'espérance de vie de 47,3 ans, et le taux de mortalité infantile de 99 ‰ naissances vivantes (voir le tableau ci-dessous). La prévalence du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) dans les deux régions est estimée à 11 % de la population adulte (âgée de 14 à 49 ans) [10]; elle se situe dans une fourchette allant de moins de 1 % dans les États insulaires de l'océan Indien, à près de 35 % au Botswana. Cependant, comme l'indiquent les fourchettes associées à chacun de ces indicateurs (voir le tableau ci-dessous), on relève des différences notoires dans les degrés de développement des États membres. Si l'indice du développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement classe la moitié des États membres de ces deux régions parmi les 30 pays les moins développés du monde [9], celles-ci comprennent aussi des pays à revenu moyen.

**Indicateurs du développement:
Afrique de l'Est, Afrique australe et ensemble du monde**

<i>Indicateur</i>	<i>Afrique de l'Est et Afrique australe</i>	<i>Ensemble du monde</i>
Population	338,4 millions (de 0,1 million à 59,6 millions)	5 862,7 millions
PIB par habitant	2 075 dollars É.-U. (entre 480 et 10 600 dollars É.-U.)	6 980 dollars É.-U.
Espérance de vie à la naissance	47,3 ans (entre 40,3 et 71,6 ans)	56 ‰
Prévalence du VIH/sida	11,1 ‰ (entre 0,1 et 35,8 ‰)	1,1 ‰
Taux d'alphabetisation des adultes	62,7 ‰ (entre 42 et 93,8 ‰)	72,9 ‰

*Les pays couverts par le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues sont, en Afrique de l'Est: le Burundi, Djibouti, l'Érythrée, l'Éthiopie, le Kenya, Madagascar, Maurice, l'Ouganda, la République-unie de Tanzanie, le Rwanda, les Seychelles et la Somalie et, en Afrique australe: l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, la République démocratique du Congo, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

Difficulté d'établir des systèmes d'information sur les drogues

Nombre des difficultés auxquelles se heurtent ceux qui souhaitent établir des systèmes d'information sur les drogues sur le continent africain ne sont pas spécifiquement liées à l'épidémiologie des drogues en Afrique; ce sont les obstacles que confrontent tous ceux qui tentent d'instaurer de nouveaux programmes ou processus dans un pays en développement. L'infrastructure de base, que l'on tient pour acquise dans les pays développés (comme l'existence de services postaux et de télécommunication efficaces, par exemple), fait souvent défaut. De sorte que tout projet mis en œuvre dans un pays en développement est inévitablement plus difficile à réaliser qu'un projet analogue entrepris dans un pays développé. Mais les difficultés d'ordre économique, culturel et politique dépassent largement celles qui découlent de l'insuffisance des infrastructures.

L'économie

L'insuffisance des données sur la consommation en Afrique et la difficulté d'y remédier découlent de la pénurie de ressources. Si tous les pays se ressentent de ce manque de ressources, celui-ci se fait plus cruellement sentir dans l'Afrique subsaharienne. La pénurie de ressources entrave la capacité des gouvernements de faire assurer la collecte de données sur les drogues par les services de santé et de répression, tandis qu'en raison des perspectives d'éducation limitées, on ne trouve dans la région qu'un petit groupe de personnes dotées des compétences nécessaires au collationnement et à la communication des données. De même, l'insuffisance des ressources disponibles limite les prestations de services, de sorte que les sources de données potentielles sont moins nombreuses que dans les pays développés. Enfin, la collecte des données elle-même se trouve entravée par une infrastructure de communications médiocre, un manque de fonds et un parc informatique insuffisant.

Ressources humaines

Les systèmes d'information sur les drogues ont besoin, à tout le moins, d'individus ou d'organisations capables de superviser le collationnement et la communication des données. Dans l'Afrique subsaharienne, la minceur des budgets empêche les gouvernements d'employer une personne à cette seule fin ou de sous-traiter ces activités à des organismes non étatiques. Ce sont donc des fonctionnaires qui ont été chargés de ces tâches, en plus de leur travail quotidien, ce qui les a obligés à s'interroger sur l'ordonnancement de leurs priorités et à trouver le temps de s'y atteler en sus de leurs tâches ordinaires. Dans bien des cas, cela s'est révélé difficile. En conséquence, nombre d'activités liées à l'élaboration de systèmes d'information sur les drogues se sont trouvées considérablement retardées. Ces retards compliquent la tâche des épidémiologistes qui s'efforcent de développer les capacités de surveillance de l'usage, car la pérennité des systèmes d'information sur les drogues dépend des gouvernements, qui doivent trouver les ressources humaines nécessaires au collationnement et à la communication des données sur les drogues.

Services de santé

Les systèmes d'information sur les drogues ont également besoin de données de base tirées des indicateurs. Si tous les pays de la région disposent de données communiquées par les services de justice et de police, beaucoup de données indispensables aux systèmes d'information dans les pays développés font défaut. C'est dû, principalement, à l'insuffisance relative des services de santé de la plupart des pays africains, comparés à ceux des nations plus développées. On ne trouve, par exemple, de registres de mortalité que dans un tout petit nombre de pays d'Afrique. De sorte que les décès liés aux drogues, indicateur clef des tendances de la consommation d'opiacés, ne sont tout simplement pas enregistrés. De même, la majorité des pays d'Afrique australe et de l'Est ne proposent pas de traitement spécialisé de la dépendance de l'alcool et des stupéfiants. Mais quand ces traitements existent, leur couverture est limitée et les capacités restent insignifiantes. Ainsi, un centre spécialisé dans le traitement de la toxicomanie s'est ouvert en Ouganda; mais il ne peut accueillir que 20 patients – or c'est le seul centre de traitement existant dans un pays qui compte plus de 20 millions d'habitants. Dans la majorité des cas, le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies est généralement confié aux hôpitaux psychiatriques. Mais la couverture par habitant reste faible, la plupart des pays ne disposant que d'un seul hôpital psychiatrique. La charge de travail des établissements hospitaliers, jointe au fait que l'on manque d'ordinateurs pour tenir les archives, empêche de distinguer entre les cas d'internement pour toxicomanie et le reste des patients internés. De ce fait, la plupart des systèmes d'information sur les drogues qui voient le jour dépendent à l'excès des données communiquées par les services de répression. Outre le manque de sources de données d'indicateurs, la recherche spécialisée, comme les enquêtes en milieu scolaire, reste, pour l'essentiel, assez rare et plutôt limitée, en raison de la pénurie de ressources financières et du manque de chercheurs compétents.

Enseignement professionnel

Les possibilités de l'Afrique en matière d'enseignement supérieur sont très limitées; de ce fait, seul un faible pourcentage de la population accède à l'enseignement supérieur et à des domaines spécialisés comme l'épidémiologie. Ainsi, des 26 personnes désignées comme points focaux nationaux du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues, une seule a reçu une formation spécialisée en épidémiologie et deux seulement sont médecins. Tous les autres sont des fonctionnaires des services de santé ou de répression, comme des inspecteurs de police ou des pharmaciens, qui s'intéressent au problème des drogues illicites. Mais quelles que soient leurs compétences, on ne peut attendre d'eux, s'ils n'ont pas reçu une formation adéquate à l'épidémiologie, que leurs travaux de recherche soient valides ou fiables. Le défi auquel la région se trouve confrontée consiste donc à pallier l'absence de données d'indicateurs et à former des personnels capables d'entreprendre la collecte de données primaires. Dans la mise en place de bonnes pratiques de collecte des données, l'une des tâches essentielles est de développer les ressources humaines en proposant des formations et des matériels didactiques adéquats.

Dans un environnement où ces connaissances spécialisées font défaut, il devient nécessaire de peser la validité et la fiabilité des maigres données existantes, puisqu'elles ont été acquises sans tenir compte des biais ou des facteurs de confusion possibles. De même, ne pas comprendre l'importance de ces données ni l'usage que l'on veut en faire amène à rassembler des données de médiocre qualité. Dans certains pays, par exemple, les fiches de la police ne distinguent pas entre les arrestations pour détention de stupéfiants et les arrestations pour trafic de drogues. Bien que les hôpitaux psychiatriques se servent du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (de l'American Psychiatric Association) et de la Classification internationale des maladies (de l'OMS), leurs registres regroupent souvent tous les diagnostics liés aux drogues en une même rubrique: "abus de drogues" ou "psychose induite par la drogue", sans même préciser de quelle drogue il s'agit. De même, on tire des données obtenues auprès des centres de traitement spécialisés des déductions sur les tendances de l'usage de drogues, alors que la taille des échantillons est des plus réduites. Les données existantes sur les drogues doivent être traitées avec prudence. La difficulté réside donc en cette gageure: maintenir des normes de qualité rigoureuses quand bien même le volume de données disponibles est limité.

Établir des priorités

L'épidémiologie des drogues illicites en Afrique se heurte à une autre difficulté: comment faire en sorte qu'on lui accorde un degré élevé de priorité? Nous l'avons dit plus haut, l'Afrique ne dispose que de ressources extrêmement limitées, notamment dans le secteur de la santé. La question se pose donc de savoir où situer l'épidémiologie des drogues sur les listes de priorités de pays très pauvres, où les taux de chômage sont élevés et où la pandémie de VIH/sida fait rage. Sans doute pourrait-on arguer que l'investissement relativement modeste requis par la surveillance des caractéristiques et des tendances de la consommation de drogues serait compensé par l'épargne potentielle résultant de cette surveillance, un système d'alerte précoce permettant de réorienter les services de santé vers le traitement des nouvelles drogues apparues sur le marché et, peut-être, d'en limiter la propagation ou d'en atténuer la nocivité sur le plan sanitaire et social. Mais sans doute sera-t-il difficile de convaincre des personnes ou des gouvernements d'investir dans l'épidémiologie des drogues alors que ces ressources pourraient être affectées à des préoccupations sanitaires plus immédiates, comme l'adduction d'eau potable ou la vaccination. Il semble, en tout cas, évident que pour justifier l'investissement effectué et, surtout, pour pouvoir durer, les systèmes de surveillance doivent être peu onéreux.

Problèmes de communication

Quand des personnes appartenant à différentes cultures entreprennent de communiquer, l'obstacle le plus manifeste est sans doute celui de la langue. Les langues officielles dominantes de l'Afrique subsaharienne sont l'anglais, le français et

le portugais. L'interprétation étant souvent nécessaire, cela nuit à la qualité et à l'efficacité de la communication. Et même quand l'interprétation ne s'impose pas, les différences intrarégionales en matière d'accent ou de vocabulaire technique peuvent entraver la communication verbale. Ce qui complique encore les choses, c'est que la langue nationale officielle de la plupart des pays de la région est, pour la majorité de la population une seconde, voire une troisième langue. D'où l'impérieuse nécessité de communiquer de façon claire et concise pour se bien comprendre.

Bien qu'elles ne soient pas immédiatement perceptibles, d'autres différences culturelles entravent les tâches du développement, dont l'épidémiologie. Dans certaines cultures, par exemple, il est jugé inconvenant de dire non ou d'admettre que l'on se trouve en difficulté, de sorte que les problèmes sont fréquemment occultés par un discours positif. En matière de communication, les différences culturelles viennent parfois s'ajouter à la barrière du langage: certains ne s'avisent pas qu'ils n'ont pas été compris, ou que la requête formulée n'est tout simplement pas réalisable. Des problèmes considérables peuvent surgir si l'on ne prend pas conscience de ces subtiles différences de culture et si l'on ne fait pas en sorte d'en minimiser l'impact sur le travail effectué. Les chausse-trappes inhérents aux barrières culturelles qui compliquent la communication montrent tout l'intérêt qu'il y a à travailler à l'élaboration de systèmes de surveillance des drogues en étroite association avec des homologues locaux.

Problèmes d'ordre politique

Le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues a pour objectif de renforcer les capacités de collecte des données par une collaboration avec les homologues nationaux. Ceux-ci sont généralement désignés avec l'aval et l'appui de leur gouvernement; l'homologue est donc souvent un fonctionnaire ou un employé de l'État. Cela permet d'institutionnaliser le système, qui a ainsi plus de chances de durer, mais cela expose aussi les projets aux faiblesses de la politique. Les individus, les partis et le pays tout entier s'en ressentent. Par exemple, tous les gouvernements des pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe sont amenés à désigner un point focal national du projet. Pour des raisons politiques, il se peut que la personne choisie pour occuper ce poste ne soit pas la plus adéquate; cela entrave, bien évidemment, l'élaboration des systèmes d'information sur les drogues et pose des problèmes à l'épidémiologiste local, qui n'a d'autre choix que de travailler avec la personne désignée. Il arrive aussi qu'une personne compétente soit désignée pour occuper ce poste, mais qu'elle en soit ultérieurement écartée pour des motifs d'ordre politique, ce qui compromet la continuité du projet. Quand cela se produit au stade du démarrage d'un projet, les compétences acquises par le point focal national risquent de se perdre avant qu'il n'ait eu le temps de les transmettre à des collègues sans qualifications spéciales.

L'activité politique peut non seulement perturber le déroulement harmonieux des projets, elle peut aussi en compromettre la faisabilité. Ainsi, dans un pays donné, des élections générales controversées laissèrent le pays sans gouvernement

pendant une assez longue période. De ce fait, les activités du Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues furent suspendues indéfiniment, en attendant que le pays fût sorti de cette impasse. Cette instabilité politique est endémique dans plusieurs pays de la région: des conflits civils y éclatent souvent, dont certains se poursuivent pendant plusieurs années. D'autres sont plus courts mais ont des effets dévastateurs sur la population et sur les infrastructures du pays – témoin le génocide qui endeuilla le Rwanda en 1994. Il est inévitable que de tels conflits aient une incidence fâcheuse sur quelque projet de développement que ce soit. Dans un environnement où les ressources sont déjà précaires au moment où un conflit se déclare, on voit dans de tels affrontements, à la fois une conséquence de la pauvreté de la région et l'une des causes de cette pauvreté [11]. De sorte qu'un conflit ne menace pas seulement la faisabilité d'un projet donné, il compromet également la capacité nationale d'entreprendre ultérieurement des travaux épidémiologiques en épuisant des ressources déjà bien minces. Notons toutefois aussi que l'instabilité et la détérioration de l'infrastructure civile résultant de tels conflits peuvent accroître la vulnérabilité des pays qui font face à des problèmes de drogues.

Recommandations

L'Afrique a clairement besoin de systèmes d'information sur les drogues; il faut donc surmonter les nombreuses difficultés qui en entravent le développement. Les signes annonciateurs d'un possible usage d'héroïne dans la région, notamment en Afrique du Sud [12], montrent bien la nécessité d'une surveillance, même là où l'usage n'est pas encore particulièrement prévalent ou problématique. Le fait que ces systèmes soient en mesure de mettre en évidence les nouvelles tendances des abus prouve leur viabilité opérationnelle et l'intérêt d'un tel investissement.

Collaborer avec les échelons les plus élevés du gouvernement permet d'atténuer l'impact des difficultés d'ordre politique et du manque de ressources. Il est plus facile d'obtenir l'appui politique et les ressources nécessaires au projet quand les hauts fonctionnaires du gouvernement sont convaincus de la nécessité d'une épidémiologie des drogues et dûment instruits de la finalité des systèmes d'information sur les drogues. Cet appui est plus facile à obtenir quand on peut prouver que le système d'information proposé est efficace et d'un bon rapport coût-efficacité. Une fois les informations recueillies et le système en place, il faut savoir le présenter de façon claire et concise pour garantir la pertinence des mesures préconisées, de l'évaluation et des activités de réduction de la demande. Maximiser de la sorte l'utilité du système peut assurer l'appui pérenne du gouvernement.

Dans nombre de pays, il faut concevoir des approches novatrices pour pallier la pénurie de données provenant des enquêtes régulières, par exemple faire appel à des réseaux d'informateurs clefs. C'est ainsi qu'aux Comores des infirmières en psychiatrie ont reçu une formation aux problèmes de toxicomanie avant d'être placées dans des centres de soins de santé primaires; une fois en poste, elles pourront donner des points de vue avisés sur la situation des drogues dans le pays, même si

le secteur de la santé ne fournit pas d'autres données. Là où des sources traditionnelles de données existent mais ne peuvent être exploitées, dispenser une formation aux personnes qui travaillent sur le terrain et investir des sommes modiques dans le développement des sources de données existantes peut permettre d'étoffer le système à l'avenir. On fera ainsi le meilleur usage possible des ressources existantes.

Questions à traiter en priorité dans la région

Les obstacles rencontrés dans l'élaboration de systèmes d'information sur les drogues en Afrique australe et de l'Est ont permis de clairement identifier les questions qu'il convient de traiter en priorité en vue de renforcer l'épidémiologie des drogues dans la région. Les trois principales sont la formation, l'infrastructure et l'appui technique.

Au niveau local, une formation élémentaire à l'entrée et à l'analyse des données, ainsi qu'à la rédaction de rapports, s'impose si l'on veut tirer le meilleur parti des données déjà collectées mais pas communiquées. Cette formation doit couvrir, à la fois, la gestion informatisée des données proposée par le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues, et, là où la fiabilité des matériels informatiques est incertaine, les méthodes non informatisées. Au niveau institutionnel, l'inclusion de cours d'épidémiologie, et plus particulièrement d'épidémiologie des drogues, dans les programmes scientifiques de l'enseignement supérieur permettrait aux futurs professionnels de santé de participer à la surveillance permanente des caractéristiques et des tendances de la consommation de drogues. De même, dans le cadre de la formation continue, donner aux travailleurs sanitaires sur le terrain une formation de base à l'épidémiologie des drogues les mettrait mieux à même d'identifier les sources de données potentielles, de rationaliser la collecte des données et de les transmettre aux systèmes d'information sur les drogues en voie de développement.

Autre question à traiter en priorité: le manque d'infrastructures de base pour le collationnement et la transmission des données sur les drogues. Le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues fournit des matériels et des logiciels informatiques aux points focaux nationaux. Mais un problème de durabilité se pose. Par manque de fonds ou d'expertise technique, on risque de ne pouvoir entretenir les équipements donnés; ou bien, ceux qui savent utiliser les logiciels ne sont pas en mesure de communiquer efficacement leur savoir, de sorte que leurs compétences se perdent lorsqu'ils partent ou sont mutés dans un autre service. Il n'en reste pas moins qu'il est possible, pour un coût modique, de remédier à court terme aux déficits d'infrastructure et de permettre ainsi aux services du gouvernement de collationner et d'analyser les données liées aux drogues.

Enfin, il est besoin d'un appui local plus soutenu pour mieux utiliser les données existantes, surmonter les obstacles qui entravent la communication, offrir une assistance technique pour l'élaboration de programmes locaux de formation, collationner les données d'indicateurs et entreprendre la collecte de données primaires, par exemple au moyen d'enquêtes en milieu scolaire.

Conclusion

Les épidémiologistes africains, comme, du reste, tous les professionnels engagés dans le développement humain, doivent résoudre toute sorte de difficultés lorsqu'ils élaborent des systèmes d'information sur les drogues. Le besoin même de se développer entrave les activités de développement. Pour que les effets bénéfiques du développement soient durables, il faut accroître les capacités nationales. Cependant, la grave pénurie de ressources dont souffrent les gouvernements de la région limite les disponibilités en ressources humaines et empêche de développer les compétences professionnelles, ainsi que les infrastructures nécessaires aux activités de développement. Dans ce contexte, le défi quotidien auquel se trouvent confrontés ceux qui veulent élaborer des systèmes d'information sur les drogues consiste à travailler au mieux en dépit des restrictions et des contraintes, à se servir des ressources existantes pour surveiller l'usage de drogues de la façon la plus économique et à renforcer les capacités nationales en surmontant certaines de ces difficultés, par exemple en proposant une formation ou en trouvant des subventions aux fins d'améliorer l'infrastructure. En Afrique australe et de l'Est, le Programme mondial d'évaluation de l'abus des drogues et le réseau épidémiologique de la Communauté de développement de l'Afrique australe proposent, tous deux, en vue de l'élaboration de systèmes d'information sur les drogues, une formation, un appui technique et une infrastructure; les progrès de ces systèmes prouvent qu'un investissement minimal peut produire des résultats fructueux et améliorer l'information disponible sur la consommation de drogues dans la région. Cependant, ces programmes ne représentent qu'un premier pas des plus modestes. Le développement durable des systèmes ne sera possible que si l'on parvient à mobiliser les acteurs locaux, à normaliser la collecte des données dans tous les secteurs et à tous les niveaux et à convaincre les parties prenantes de l'utilité de ces systèmes dans la formulation de politiques et de stratégies visant une diminution de l'abus de drogues dans ces sociétés.

Références

1. "Situation mondiale en ce qui concerne l'abus de drogues, et en particulier la propagation de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida) par l'injection de drogues, rapport du Secrétariat" (E/CN.7/2002/2 et Corr. 1, 10 janvier 2002).
2. S. Selassie et A. Gebre, "Évaluation rapide de l'abus de drogues en Éthiopie", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XLVIII, n^{os} 1 et 2 (1996).
3. H. A. Mwenesi, "Évaluation rapide de l'abus de drogues au Kenya", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. XLVIII, n^{os} 1 et 2 (1996).
4. G. P. Kilonzo et al., "Rapid situational assessment for drug demand reduction in Tanzania", Department of Psychiatry, College of Health Sciences, Muhimbili University, Dar es Salaam, 2002, non publié.
5. J. Hando et al., *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report* (Sydney, University of New South Wales, 1997).

6. P. Griffiths et al., "Drug information systems, early warning and new drug trends: can monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?", *Substance Use and Misuse*, vol. 35, n^{os} 6-8 (2000), p. 811-844.
7. Z. Sloboda et N. J. Kozel, "Frontline surveillance: Community Epidemiology Work Group for Drug Abuse", *Drug Abuse: Etiology and Interventions*, M. D. Glantz et C. Hartel, eds. (Washington, D.C., American Psychological Association Press, 1999), p. 47-62.
8. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001 (Lisbonne, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2001).
9. Programme des Nations Unies pour le développement, *Human Development Report 2001: Making New Technologies Work for Human Development* (New York, Oxford University Press, 2001).
10. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Genève, 2001).
11. F. Stewart, "Root causes of violent conflict in developing countries", *British Medical Journal*, vol. 324, 9 février 2002, p. 342-345.
12. C. D. H. Parry et A. Plüddemann: *Southern African Development Community Epidemiology Network on Drug Use Report: July-December 2001* (Cape Town, 2002).

Mexique: systèmes de diagnostic épidémiologique de l'abus de drogues

M. E. MEDINA-MORA

*Directeur de la recherche épidémiologique et psychosociale,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México*

P. CRAVIOTO

*Directeur de la recherche, Direction générale de l'épidémiologie,
Ministère mexicain de la santé, México*

A. ORTIZ

*Chercheur, Direction de la recherche épidémiologique et psychosociale,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México*

P. KURI

*Directeur général de l'épidémiologie, Direction générale de l'épidémiologie,
Ministère mexicain de la santé, México*

J. VILLATORO

*Chercheur, Direction de la recherche épidémiologique et psychosociale,
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México*

RÉSUMÉ

L'étude de la demande de substances psychoactives au Mexique a déjà une longue tradition, puisque les premières tentatives remontent au XVIII^e siècle. Mais les études épidémiologiques n'y commencèrent toutefois que dans les années 70. Les stratégies adoptées pour évaluer le problème de l'abus de drogues sont semblables à celles dont on use sur le plan international: elles comprennent des enquêtes auprès des ménages, des études parmi les populations d'étudiants et les groupes à haut risque, l'introduction de systèmes d'observation épidémiologique et l'analyse des données de mortalité. Elles incluent également d'autres méthodologies adaptées à l'étude de populations difficiles à toucher et à l'analyse des facteurs contextuels entourant la consommation de drogues. Ces méthodologies sont utilisées dans une perspective anthropologique et font appel à des méthodes qualitatives, notamment aux observations ethnographiques, aux entrevues avec des informateurs clés, aux groupes de discussion et aux études de cas approfondies. Ces études ont permis de montrer qu'on avait enregistré au Mexique, depuis les années 90, une augmentation sensible de la consommation de drogues illicites, principalement la cocaïne et certaines drogues de type amphétamine (la plus courante étant le méthylènedioxymétamphétamine ou MDMA, connu sous le nom d'ecstasy), ainsi qu'une baisse de l'usage

d'inhalants. Les systèmes de collecte de données existants révèlent aussi un accroissement de la consommation d'héroïne dans la zone qui jouxte les États-Unis d'Amérique. Une forte proportion d'héroïnomanes s'injectent la drogue; ces pratiques d'injection comportent un risque élevé de transmission de maladies véhiculées par le sang, tels le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite. On signale également des cas d'héroïnomanie dans d'autres régions du pays. La stratégie de recherche adoptée au Mexique a permis d'établir un diagnostic épidémiologique de la situation de l'abus. Une action s'impose toutefois pour faire face au nouveau défi que les tendances de l'usage posent aux décideurs.

Mots clefs: Épidémiologie; usage de drogues; tendances; Mexique.

Introduction

L'abus de stupéfiants au Mexique est analogue à celui que l'on constate dans d'autres pays en ce qui concerne le type de drogues consommées, les caractéristiques de la consommation et les problèmes connexes. Il possède néanmoins des caractéristiques particulières liées au contexte social et culturel de la consommation. La recherche sociale dans ce domaine a une tradition déjà ancienne puisqu'au XVIII^e siècle, à l'époque coloniale, on s'intéressait déjà à la consommation de boissons alcooliques [1] et à l'usage d'autres substances toxicomanogènes [2]. Ce n'est toutefois que dans les années 70 que des études épidémiologiques soigneusement conçues furent entreprises et que des universitaires de diverses disciplines lancèrent des enquêtes visant à mesurer l'étendue du problème dans les différents groupes de population [3-5].

La création du Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), en 1971, permit d'étendre la recherche épidémiologique et sociale. Des enquêtes furent effectuées auprès des ménages [6] et en milieu scolaire [7]; on entreprit aussi d'étudier les groupes à haut risque [8]. On ouvrit un registre des patients fréquentant les centres d'intégration des jeunes ou CIJ (centros de integración juvenil) [9]; créés au début des années 70, ces centres proposent des soins spécialisés pour le traitement de la toxicomanie. Le CEMEF changea une première fois de nom et devint le Centre d'études sur la santé mentale; puis il en changea derechef et devint l'Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. La nouvelle institution a poursuivi ses travaux et étendu ses recherches dans plusieurs directions.

Dans les années 80, la Direction générale de l'épidémiologie et l'Institut national de psychiatrie lancèrent la première enquête nationale auprès des ménages [10] et établirent le premier système national d'information sur les drogues, ou SRID [11]. Celui-ci recueillit des informations sur tous les cas traités dans des centres de soins et de réadaptation. Les CIJ continuèrent de faire rapport sur la demande de drogues et de mener des études sur les groupes de population à haut risque [12, 13]. Dans les années 90, ces stratégies furent maintenues et un système de contrôle épidémiologique fut introduit dans un certain nombre de villes choisies afin de recueillir des informations sur les demandes de traitement reçues par les

centres spécialisés (dont certains appartiennent au secteur public et d'autres au secteur privé) et les services d'urgence sur les comportements nocifs pour la santé et sur la consommation de tabac, d'alcool et de substances médicinales dans le grand public et parmi les groupes à haut risque [14].

Ces collectes de données ont permis d'évaluer l'ampleur de l'usage, des abus et de la dépendance, de déceler les tendances sous-jacentes, de cerner les problèmes découlant de l'apparition de nouvelles drogues, comme la modification des modes de consommation et des caractéristiques des groupes de population qui en usent, de peser les conséquences sanitaires et sociales de la toxicomanie, de mesurer le taux d'utilisation des services et d'évaluer le contexte dans lequel l'usage de drogues apparaît. Plusieurs facteurs ont contribué à accroître l'utilité des données recueillies sur la nature de la toxicomanie. Relevons notamment la diversité des groupes d'âge étudiés, la régularité de ces études, l'utilisation des indicateurs communs préconisés par l'Organisation mondiale de la santé en 1976 et la mise à l'essai de plusieurs méthodes, définitions et outils en divers lieux, notamment à Mexico [15]. On a donc pu brosser un tableau réaliste du phénomène de l'abus de drogues, qui a servi de base aux programmes nationaux de lutte contre la toxicomanie.

Comme il était nécessaire de pouvoir publier rapidement les données de consommation (donc avant que celles-ci ne soient publiées dans la littérature scientifique), un nouveau système de surveillance épidémiologique des toxicomanies (SISVEA) fut créé sous l'autorité de la Direction générale de l'épidémiologie. Le SRID établit des liens entre les diverses institutions concernées par la collecte de données épidémiologiques. Plus récemment, en 2001, un observatoire des drogues fut établi sous l'égide du Conseil national de lutte contre la toxicomanie; y participent plusieurs institutions engagées dans la compilation systématique de données sur ce sujet. L'observatoire s'occupe notamment de normaliser les informations sur la demande de drogues, d'établir des priorités et de stimuler la collecte et la communication en temps voulu des données de consommation, afin de faciliter la prise de décisions.

Méthodes de collecte des données

Les informations sont recueillies au moyen de sondages périodiquement effectués auprès d'un échantillon de ménages, de milieux scolaires et de groupes à haut risque et par le biais de systèmes permanents de surveillance épidémiologique.

Sondages de population: enquêtes auprès des ménages (1974-2002)

La stratégie adoptée pour les premières enquêtes auprès des ménages, effectuées entre 1974 et 1986, consista à étudier les substances consommées dans des villes aux caractéristiques et aux risques différents; au total, sept études de ce genre furent menées. La première enquête nationale sur les populations urbaines, lancée en 1988, comportait des questions sur l'alcool, le tabac et les autres drogues [10]; une deuxième enquête fut menée en 1993 [16] et une troisième en 1998 [17]. Ces enquêtes furent organisées sur la base d'échantillons probabilistes

d'individus des deux sexes, âgés de 12 à 65 ans et vivant dans des villes de plus de 2 500 habitants; elles couvrirent 75 % de la population nationale.

L'enquête de 1993 comportait une étude spéciale sur les villes de la frontière nord du pays: Tijuana, Ciudad Juárez et Matamoros, et sur deux grandes conurbations, Monterrey et Mexico City. L'enquête avait été conçue de façon à permettre la collecte de données nationales sur les adolescents (âgés de 12 à 17 ans) et les adultes (âgés de 18 à 65 ans), ainsi que dans les régions du nord, du centre et du sud du Mexique. Elle rassembla aussi de nouvelles informations sur trois villes situées sur la frontière nord et sur les trois grandes zones métropolitaines couvertes par l'enquête précédente. Une quatrième enquête est en cours d'exécution; elle fournira, pour la première fois, des données sur la population rurale du pays.

En 2002, une nouvelle enquête nationale sur les populations urbaines et rurales âgées de 12 à 65 ans fut réalisée. Lors des trois enquêtes précédentes, les informations avaient été recueillies au moyen de questionnaires standard, remplis à l'occasion d'entrevues en face à face. Le questionnaire avait été soigneusement conçu et comportait des questions reprises des enquêtes auprès des ménages effectuées aux États-Unis et, plus récemment, des questions posées par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) afin de faciliter la comparabilité des données dans la région.

Enquêtes en milieu scolaire (1975-2000)

L'Institut et le Secrétariat à l'éducation nationale ont réalisé des enquêtes épidémiologiques parmi des échantillons représentatifs de la population des classes intermédiaires et supérieures des établissements secondaires. L'objet de ces enquêtes était d'établir la prévalence de l'usage de drogues et de détecter les sous-groupes les plus affectés dans la population estudiantine. À ce jour, trois enquêtes nationales en milieu scolaire ont été réalisées: en 1976, en 1986 [18] et en 1991 [19]; les deux premières concernaient les populations urbaines, mais la plus récente a porté sur l'ensemble du pays, y compris les zones rurales.

Dans le district fédéral, des enquêtes ont été effectuées tous les deux ou trois ans entre 1976 [18] et 2000. Les deux dernières ont couvert les 16 districts du pays; l'échantillon comprenait plus de 12 000 adolescents scolarisés [20, 21]. En 1981, le CIJ fit un sondage dans les 15 villes desservies, parmi les élèves allant de la 6^e année d'études à l'université [22]. D'autres enquêtes ont également été effectuées au niveau des États, qui ont permis de mieux comprendre les caractéristiques locales du problème de la drogue.

Études sur les populations marginales, cachées et à haut risque (1978-2002)

Les groupes de population impossibles à toucher par des enquêtes dans la population générale ou en milieu scolaire ont fait l'objet d'études particulières. Parmi les méthodes de recherche intensive utilisées pour ce faire, citons les études de cas [23], l'interrogatoire des informateurs clés [24] et les méthodes de capture-recapture [25, 26].

Les recherches les plus remarquables en ce sens ont porté sur les enfants travailleurs, notamment sur ceux qui, pour survivre, travaillent dans la rue [27, 28], et sur certains groupes particuliers, dont les femmes [29]. Avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues, le Système national pour le développement global de la famille (DIF) a enquêté parmi les enfants travailleurs âgés de 6 à 17 ans dans 101 villes du Mexique [28]. Plus récemment, en 2001, Cravioto a réalisé une étude de l'héroïnomanie sur la frontière nord du Mexique. Utilisant une méthode de capture-recapture, il analysa l'ampleur du problème et, se servant d'études ciblées et d'éléments biographiques, il recueillit des informations détaillées sur les caractéristiques des abus et sur les facteurs contextuels liés à l'usage de drogues [26].

D'autres études ont porté sur les facteurs psychologiques et sociaux liés à la cocaïnomanie, sur la façon dont les substances psychotropes utilisées en dehors de tout contexte médical sont distribuées et sur l'usage des métamphétamines et leur rôle croissant dans les sous-cultures des adolescents. Dans toutes ces études, on a élaboré ou adapté des techniques d'orientation qualitative, en fonction des besoins particuliers des groupes considérés.

Système de notification des informations sur les drogues (1986-2002)

Le Système national d'information sur les drogues (SRID), qui a commencé de fonctionner en 1986, consigne les tendances les plus importantes de l'usage de drogues à Mexico en évaluant les données collectées en juin et novembre de chaque année. Quiconque réside dans l'une des institutions participantes au cours de la période d'observation, qu'il s'agisse d'un premier séjour ou d'un séjour périodique, se voit demander s'il a déjà consommé des drogues. On obtient des informations plus détaillées dans les cas où l'usage de stupéfiants est avéré. On appelle "cas" toute personne âgée de plus de 12 ans, hébergée dans l'une des institutions participantes, qui reconnaît avoir consommé un produit vendu sans ordonnance ou utilisé un médicament délivré sur ordonnance autrement que de la façon prescrite. Les cas d'intoxication liée au travail ou accidentelle, ou les deux, ne relèvent pas de cette catégorie. Le formulaire destiné aux entrevues comporte des sections relatives aux données sociodémographiques des usagers, notamment sur la cause de leur séjour dans une institution et sur les problèmes liés à la consommation de drogues. Les modes de consommation sont répertoriés en référence à 12 drogues. Cela permet de savoir celles qui sont le plus fréquemment consommées et de connaître la fréquence de l'usage, la voie d'administration et l'âge de la première prise. L'enquête porte également sur la consommation d'alcool et le tabagisme, mais seulement en relation avec l'usage d'autres drogues, puisque les personnes qui ne consomment que de l'alcool et du tabac ne sont pas incluses dans le système de collecte des données [30]. À ce jour, 34 évaluations ont été effectuées. Le SRID possède des informations sur plus de 15 000 usagers dans 44 centres sanitaires et de réadaptation proposant leurs services à tous les groupes d'âge de la population générale; mais seules les données concernant la population âgée de 12 ans et plus sont prises en compte, la majorité des cas traités provenant de centres de réinsertion des jeunes.

Système de surveillance épidémiologique des toxicomanies (1990-2002)

Le SISVEA est placé sous l'autorité de la Direction générale de l'épidémiologie du Ministère de la santé; il puise des renseignements auprès des centres de traitement, publics et privés, des instances de surveillance, des salles d'urgence, des services médico-légaux et dans les registres des saisies. Il recueille ses informations sur la base des caractéristiques sociodémographiques des cas recensés: drogues consommées, principale drogue utilisée (celle qui pose les plus graves problèmes), biographie de l'utilisateur, entre autres variables. Le SISVEA fait partie d'un réseau international de systèmes fonctionnant aux États-Unis, en Amérique centrale et du Sud et dans les Caraïbes; il est également membre du Community Epidemiology Work Group des États-Unis.

Le SISVEA classe les informations sur les caractéristiques et les tendances par ville et par État, se servant d'indicateurs quantitatifs obtenus auprès des services de santé publique, des centres de soins médicaux, des services de répression et de toute autre source d'information existant dans la zone couverte par ses activités. Parmi les indicateurs les plus importants, citons:

- a) les cas de décès liés à des substances obtenues auprès du service médico-légal;
- b) les allégations de toxicomanie faites lors d'une admission en service d'urgence;
- c) la principale drogue consommée citée par les patients fréquentant les centres de traitement;
- d) l'analyse d'urine des personnes arrêtées;
- e) les saisies de drogues, ainsi que le prix, la pureté et les caractéristiques des drogues saisies.

Outre ces données de type quantitatif, le SISVEA tire aussi des informations qualitatives des renseignements quotidiennement notés sur le terrain, des groupes cibles et des entrevues, entre autres sources. Il étend actuellement ses activités de manière à couvrir une ville de chacun des États du Mexique [14].

Registre des cas en traitement (1977-2002)

Dans le cadre du SISVEA, le CIJ transmet les informations obtenues auprès de 72 centres répartis dans tout le pays et des régions qui disposent de centres de traitement. Le CIJ est également doté d'un système permettant de surveiller la consommation de drogues dans les villes et les districts couverts; ce système suppose notamment:

- a) l'évaluation de l'organisation sociale de ces villes (infrastructure urbaine, services publics, bâtiments, zone "verte", y compris les indicateurs de sécurité publique et les espaces ouverts et récréatifs);
- b) l'étude des informateurs clefs, ceux-ci ayant été répartis en trois catégories: informateurs institutionnels (c'est-à-dire les cadres moyens ou le personnel

des institutions publiques ou privées); informateurs communautaires et experts travaillant pour le CIJ. On procède également à l'étude des facteurs sociaux parmi les groupes d'étudiants à haut et à faible risque des 5^e et 6^e années d'études et de l'enseignement secondaire et parmi les chefs de ménage [31].

Épidémiologie psychiatrique (1990-2002)

Les années 90 virent apparaître des études sur l'épidémiologie psychiatrique, notamment sur l'épidémiologie de la dépendance des drogues [32, 33], réalisées à l'aide d'outils diagnostiques internationaux validés au Mexique [32]. Une enquête nationale auprès des populations urbaines est en cours, dans le cadre de l'enquête sur la santé mentale lancée en 2000 par l'Organisation mondiale de la santé.

Évolution du problème

Selon l'enquête la plus récente sur la toxicomanie, effectuée en 1998 [17], 5,27 % de la population urbaine âgée de 12 à 65 ans avaient déjà fait l'essai d'une drogue illicite (y compris les inhalants), dont 1,23 % dans le mois précédant l'enquête et 0,8 % au cours des trente derniers jours. C'est parmi les hommes âgés de 18 à 34 ans que l'on enregistrait la plus forte prévalence au cours de la vie (15,61 %); venaient ensuite les hommes et les femmes âgés de 35 à 65 ans (10,65 %) et, en dernière position, les personnes âgées de 12 à 17 ans (3,57 %). Toutefois, en ne tenant compte que du seul mois précédant l'enquête, davantage d'adolescents (1,4 %) que de personnes de plus de 35 ans (0,85 %) avaient consommé de telles substances, le taux le plus fort (2,72 %) étant enregistré parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans. La consommation chez les femmes était nettement plus faible, les chiffres relatifs à l'essai non renouvelé d'une drogue étant de 0,6 %, de 1,18 % et de 0,62 %, respectivement, pour les trois groupes d'âge considérés (12-17, 18-34 et 35-65 ans).

C'est pour la marijuana que l'on enregistre la plus forte prévalence au cours de la vie (4,7 %); elle est suivie par la cocaïne (1,45 %) et les inhalants (0,8 %). Les régions septentrionale et centrale du pays signalaient une plus forte prévalence (6 et 5,97 %, respectivement), mais celle-ci était plus faible dans la région sud (2,69 %). Quant aux villes couvertes par l'enquête, c'est dans celles qui jouxtent la frontière avec les États-Unis que l'on enregistra les taux les plus élevés: 14,73 % à Tijuana et 9,2 % à Ciudad Juárez. Dans les deux plus grandes villes du pays, Guadalajara et México, ces chiffres étaient de 7,5 % et de 7,28 %, respectivement. Dans tous les cas, la prévalence était plus élevée chez les hommes: ainsi, la prévalence constatée parmi les hommes interrogés à Tijuana était de 28 %; pour les femmes, elle n'était que de 0,92 %.

Les taux d'usage variaient sensiblement selon les régions. La marijuana est essentiellement consommée dans les régions centrale (5,4 %) et septentrionale (5,25 %), la cocaïne dans les régions centrale (5,4 %) et septentrionale (1,84 pour cent) et les inhalants dans les régions centrale et australe.

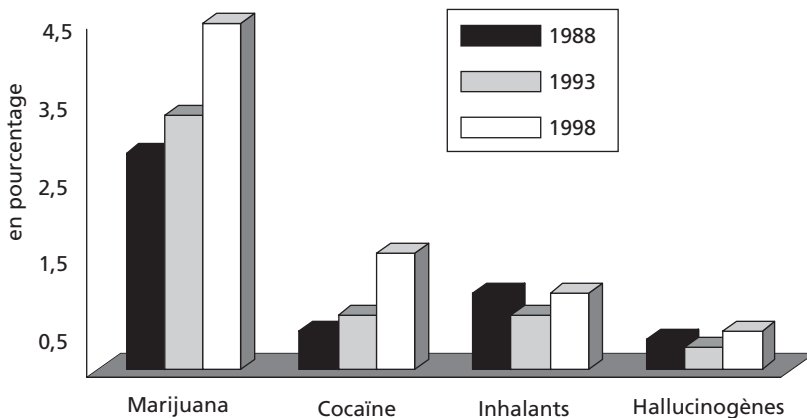
Tendances

Les données tirées des trois enquêtes sur la toxicomanie effectuées en 1988, 1993 et 1998 révèlent une augmentation notable de la prévalence au cours de la vie (en 1988, 3,33 % des personnes interrogées disaient avoir consommé de ces substances; leur nombre était passé à 3,9 % en 1993, et à 5,27 % en 1998). La consommation de marijuana était passée de 2,99 % à 3,32 %, puis à 4,7 %, et celle de cocaïne de 0,33 % à 0,56 %, puis à 1,45 %. Celle des inhalants était restée stable (0,76, 0,5 et 0,8 %, respectivement) (voir figure I) [10, 16, 17].

Selon tous les systèmes d'information disponibles, c'est pour la cocaïne que l'on constata la plus forte augmentation de l'abus. Le système d'enregistrement utilisé au Mexique montre que le nombre de toxicomanes homologués disant avoir consommé de la cocaïne était passé de 4 %, en 1986, à 60 %, en 1999 [30] (voir figure II). Les chiffres du SISVEA révèlent une forte augmentation de la demande de traitement de la cocaïnomanie: de 7,8 % en 1991, celle-ci était passée à 35,3 % en 2001 [14].

Les études réalisées parmi la population estudiantine révèlent également une augmentation de la proportion d'étudiants qui ont essayé la cocaïne; à Mexico City, la prévalence de la cocaïne au cours de la vie est passée de 0,5 %, en 1976, à 5,2 %, en 2000. Une légère baisse de la consommation de solvants a été enregistrée,

Figure I. Tendances de la prévalence au cours de la vie au Mexique, révélées par les enquêtes nationales auprès des ménages effectuées en 1988, 1993 et 1998

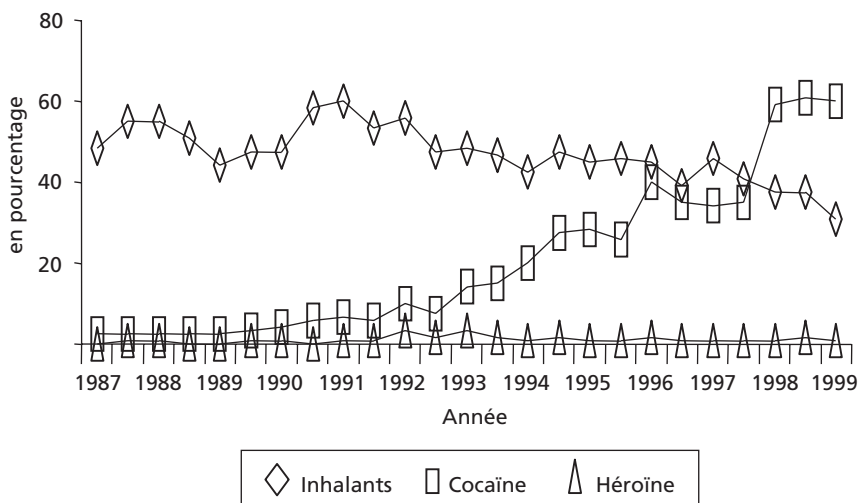


Sources: México: Secretaria de Salud: *Encuesta Nacional de Adicciones, 1988* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990); México: Secretaría de Salud: *Encuesta Nacional de Adicciones, 1993* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993); México: Secretaria de Salud: *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).

la prévalence au cours de la vie passant de 5,4 %, en 1978, à 4,3 %, en 2000 [18, 20, 21, 34] (figure III). Les tendances relatives de la prévalence des drogues au cours de la vie parmi les étudiants et les étudiantes sont indiquées aux figures IV et V. Davantage d'hommes que de femmes ont consommé des drogues; dans les deux groupes, la consommation de marijuana et de cocaïne a sensiblement augmenté; celle des solvants a diminué chez les garçons, mais pas chez les filles. La baisse de la consommation d'inhalants est attestée par celle de la demande de traitement dans les centres administrés par l'État, puisqu'elle est tombée de 56 %, en 1990, à 35 %, en 2000 [31]. Mais les inhalants restent cependant la substance de prédilection des enfants travailleurs.

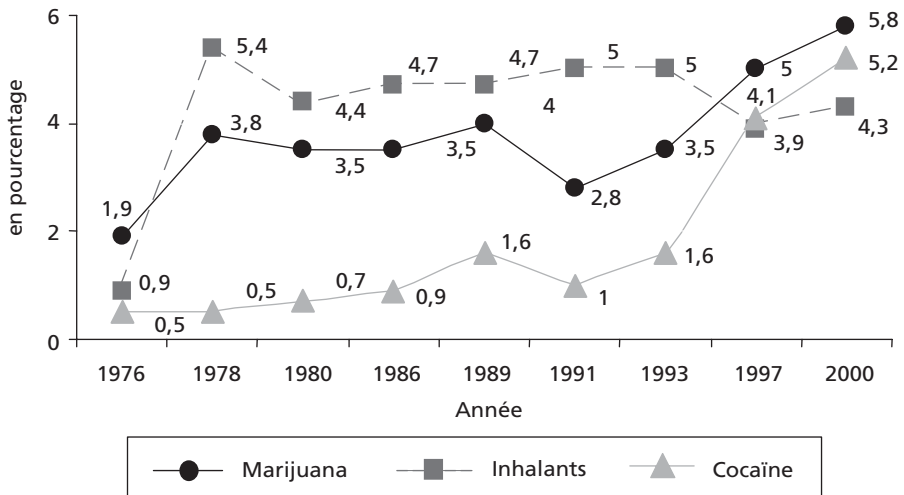
Selon l'enquête de 1999 du Système national pour le développement global de la famille [28], les drogues les plus fréquemment consommées par les enfants travailleurs sont les inhalants (prévalence au cours de la vie: 3,5 % des garçons et 0,9 % des filles), la marijuana (prévalence au cours de la vie: 3,4 % des garçons et 0,9 % des filles). La prévalence était moindre pour la cocaïne (prévalence au cours de la vie: 0,7 % des garçons et 0,4 % des filles) et les comprimés (prévalence au cours de la vie: 0,7 % des garçons et 0,5 % des filles). Les taux de prévalence variaient sensiblement selon le groupe de population observé, atteignant 56 % quand l'enfant ne vivait pas à la maison [28]. L'âge moyen des enfants travailleurs de l'échantillon était de 13 ans (dans une fourchette comprise entre 6 et 17 ans); cet

Figure II. Système de communication de l'information sur les drogues, 1987-1999 (en pourcentage de cas par type de drogue)



Source: A. Ortiz et al., "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999". *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

Figure III. Tendances de la prévalence de l'usage de drogues au cours de la vie parmi les étudiants des classes intermédiaires et supérieures, México, 1976-2000

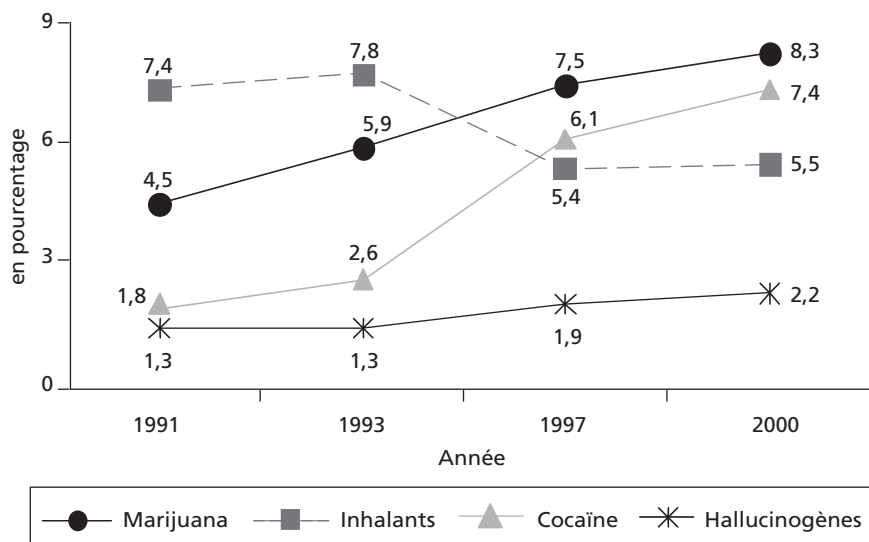


Sources: M.E. Castro et al., "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, n^o 4, p. 80-85; J. De la Serna et al., "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, p. 183-187; M.E. Medina-Mora et al., "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, n^o 3 (1993), p. 2-8; J. Villatoro et al., "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, n^o 1 (1999), p. 18-30; J. Villatoro et al., "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (México City, Secretaría de Salud, 2001).

échantillon comprenait 72 % de garçons, dont 23 % travaillaient à l'emballage de produits d'épicerie et 44 % étaient vendeurs des rues. La majorité d'entre eux vivaient avec des membres de leur famille, dont le père ou un père de remplacement (90 %); 2 % seulement vivaient dans la rue. Au total, 65 % étaient scolarisés.

La consommation d'héroïne au Mexique semble concentrée dans les régions limitrophes des États-Unis, encore que certains cas aient été décelés dans d'autres régions du pays [35]. Dans les années 70, Suárez-Toriello [36] a noté un accroissement soudain du nombre de nouveaux héroïnomanes dans la population carcérale de l'État de Basse-Californie et parmi les patients du centre de réadaptation juvénile de Tijuana, également en Basse-Californie, cet État étant à l'époque le seul à proposer un traitement en milieu hospitalier. Prenant l'année de départ comme indicateur de référence, il nota que l'incidence de nouveaux cas était demeurée

Figure IV. Tendances de la prévalence de l'usage de drogues au cours de la vie parmi les étudiants (de sexe masculin) des classes intermédiaires et supérieures, Mexico, 1991-2000

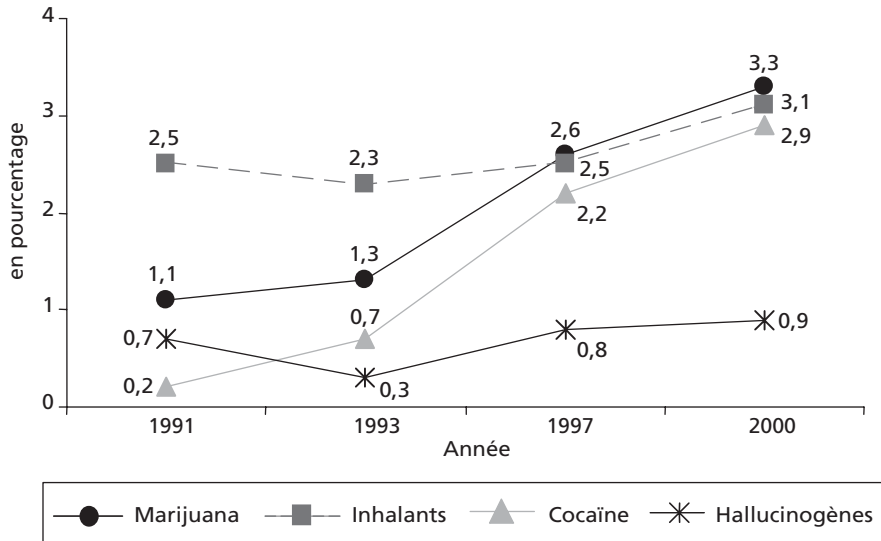


Sources: M.E. Castro et al., "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, n° 4, p. 80-85; J. De la Serna et al., "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, p. 183-187; M.E. Medina-Mora et al., "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, n° 3 (1993), p. 2-8; J. Villatoro et al., "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, n° 1 (1999), p. 18-30; J. Villatoro et al., "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (México City, Secretaría de Salud, 2001).

stable entre 1960 et 1970, mais avait sensiblement augmenté dès 1972 dans les prisons, et dès 1973 dans les centres de traitement, où l'on enregistra, en 1976, une augmentation de 700 % du nombre de nouveaux cas par rapport à 1970.

Entre 1976 et 1982, 2 % des personnes fréquentant les CIJ étaient des héroïnomanes; 82 % d'entre eux furent admis dans des centres de traitement situés dans les quatre grandes villes frontalières jouxtant les États-Unis: Tijuana, Ciudad Juárez, Nogales et Piedras Negras [12]. En 2000, 5 % des patients venant au CIJ avaient consommé de l'héroïne; ce chiffre passa à 33 % et à 46 % dans les centres situés près de la frontière avec les États-Unis [31]. Le SISVEA nota une augmentation de la consommation d'héroïne utilisée comme drogue d'impact entre 1994 et 1998: de 6,2 %, elle passa à 43,9 % parmi les patients des centres administrés par des ONG, le long de la frontière nord du pays [14].

Figure V. Tendances de la prévalence au cours de la vie de l'usage de drogues parmi les étudiantes des classes intermédiaires et supérieures, Mexico, 1991-2000



Sources: M.E. Castro et al., "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, n° 4, p. 80-85; J. De la Serna et al., "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbana, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, p. 183-187; M.E. Medina-Mora et al., "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, n° 3 (1993), p. 2-8; J. Villatoro et al., "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, n° 1 (1999), p. 18-30; J. Villatoro et al., "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (México City, Secretaría de Salud, 2001).

Selon l'enquête de 1998 sur les toxicomanies, six hommes sur 1000 s'étaient déjà injecté une drogue, contre seulement 5 femmes sur 100 000. Un peu plus de la moitié des hommes (56 %) avaient commencé à pratiquer l'injection de drogues au cours de l'année précédant l'enquête. La drogue la plus fréquemment associée à ce type d'administration était l'héroïne: 73 % des usagers s'étaient injecté de l'héroïne, mais très peu s'injectaient de la cocaïne (1,2 % seulement). Vingt % des injecteurs disaient s'administrer la drogue avec une seringue usagée. Selon les registres des patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), 1,7 % d'entre eux s'étaient trouvés contaminés suite à l'injection d'une drogue [37]. Vu les tendances actuelles, ces chiffres sont sans doute en voie d'augmentation.

Ces études prouvent que le problème de la drogue n'est pas identique dans toutes les régions du Mexique: les études effectuées le long de la frontière nord montrent que le taux de consommation à Tijuana et à Ciudad Juárez est plus du double de celui constaté dans le reste du pays. Les enquêtes réalisées parmi les adolescents révèlent également des variations dans les taux de consommation: par exemple, l'inhalation de solvants est plus fréquente dans les régions du centre et du sud. Et les systèmes d'information montrent que c'est le long de la frontière nord que l'on trouve le plus grand nombre d'héroïnomanes.

Nouveaux problèmes

On n'a pas seulement vu apparaître de nouveaux groupes d'usagers, mais aussi de nouvelles substances objets d'abus. L'une d'entre elles, le Refractyl Ofteno, qui doit être inhalée pour produire l'intoxication voulue, fut observée pour la première fois au Mexique en 1995; mais des contrôles furent exercés et la propagation de cette substance cessa peu après. Les substances à usage médical, dont le flunitrazépam, ont également fait l'objet d'abus, comme en attestent les déclarations d'usagers consignées dans le système d'enregistrement de la capitale: 105 disaient en avoir consommé en 1994, contre 16 seulement, en 1988. Un taux d'abus élevé persiste depuis lors [30].

Les stimulants de type amphétamine (dont le plus courant est le méthylène-dioxyméthamphétamine ou MDMA, connu sous le nom d'ecstasy) sont apparus sur le marché mexicain. L'usage d'ecstasy fut décelé dès le début des années 90, d'abord le long de la frontière nord-ouest. Les registres de patients des CIJ donnaient, pour 1995, une moyenne nationale de 2,7 % de consommateurs d'ecstasy, alors que 42 % des patients de Tijuana, en Basse-Californie, en avaient consommé cette même année. Ces variations de type géographique sont encore constatées aujourd'hui.

Perspectives d'avenir

La stratégie de recherche adoptée par le Mexique a été utile puisqu'elle a permis le diagnostic épidémiologique de la consommation de drogues. L'uniformité des indicateurs utilisés dans les différentes études menées par diverses institutions a été, en l'occurrence, un atout majeur. Cela a permis de collationner les informations puisées à différentes sources pour formuler un diagnostic général de la situation; et la régularité des études a permis de déceler l'apparition de nouvelles tendances.

Plusieurs tâches restent à accomplir pour rendre possible un diagnostic global de la situation épidémiologique de la consommation de drogues au Mexique. Il faut veiller à ce que l'information sur la situation en matière de drogues aide les décideurs à prendre des mesures appropriées face aux nouveaux défis que représentent les nouvelles tendances. Jusqu'ici, le calendrier prévu pour la soumission des rapports était conçu en fonction des besoins des universitaires, qui étaient tenus de respecter les dates de publication des revues scientifiques. Ce dont on a désormais besoin, c'est d'un système qui permette de produire les données en fonction

de la prise de décisions. Les études périodiques et les systèmes d'information existants doivent également être étendus de manière à mieux tenir compte des nouvelles tendances – notamment des nouvelles drogues paraissant sur le marché –, des changements intervenus dans la composition des groupes d'utilisateurs et de l'évolution des modes d'administration des drogues. Les stratégies utilisées pourraient inclure des indicateurs sensibles à ces changements; l'introduction d'études d'évaluation rapide des nouveaux problèmes viendrait les compléter. Bien qu'il en soit grandement besoin, peu d'études ont porté à ce jour sur les orientations vers un traitement décidées par les tribunaux. Les personnes arrêtées ou les pensionnaires de centres de désintoxication et de réinsertion devraient être incluses dans les systèmes d'information. Une série d'études permettrait d'obtenir des informations plus utiles à l'évaluation des besoins en matière de traitement et d'évaluer les programmes de prévention, de traitement et de réadaptation. Il serait donc souhaitable d'inclure des indicateurs permettant ces évaluations. Tels sont les défis auxquels l'observatoire des drogues nouvellement créé s'efforce présentement de faire face.

Références

1. W. Taylor, *Drinking, Homicide and Rebellion in Colonial Mexican Villages* (Stanford, Californie, Stanford University Press, 1979).
2. C. Viesca, "Bosquejo histórico de las adicciones", *Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas*, R. Tapia-Conyer, ed. (Mexico City, Manual Moderno, 1994).
3. J. Carranza et al., "Dependencia a drogas entre estudiantes de secundaria del Distrito Federal", *Farmacodependencia*, vol. 4, 1972, p. 1-16.
4. R. de la Fuente, "El problema de la dependencia a drogas", *Gaceta Médica de México*, vol. 103, 1972, p. 101-123.
5. G. Belsasso et R. Rosenkranz, "Incidencia del consumo de alcohol en el área metropolitana de la Ciudad de México: reporte preliminar", *Revista Nacional de Neurología*, n° 5, 1971, p. 1-19.
6. M. E. Medina-Mora, "Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana: encuestas de hogares, enseñanza e investigación", *Psicología*, vol. IV, n° 7 (1978), p. 111-125.
7. M. E. Castro et M. Valencia, "Consumo de drogas en México: patrones de uso en la población escolar", *Salud Pública de México*, vol. 21, n° 5 (1978), p. 585-590.
8. H. Leal et al., "Naturalistic study of the phenomenon of inhalant use in a group of children in Mexico City", *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp et L.T. Carroll. eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1978), p. 95-108.
9. G. Natera, "Study on the incidences of use of volatile solvents in 27 centers in Mexico", *Voluntary Inhalation of Industrial Solvents*, C. W. Sharp et L.T. Carroll. eds. (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1978).
10. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1988* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990).
11. A. Ortíz et al., "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

12. J. Hernández et R. Sánchez-Huesca, "Reporte interno no publicado", Centros de Integración Juvenil, 1989.
13. J. Suárez, "La penitenciaría del Estado de Baja California, México: ¿Una comunidad cerrada?, Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, 1989.
14. R. Tapia-Conyer, P. Kuri et P. Cravioto, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA): Informe 2001* (2002).
15. P. Hughes et al., *Core Data for Epidemiological Studies of Non-Medical Drug Use*, WHO Offset Publication 56 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1980).
16. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1993* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1993).
17. México, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones, 1998* (Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998).
18. M. E. Castro et al., "Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: tendencias en los últimos 10 años", *Salud Mental*, 1986, vol. 9, n° 4, p. 80-85.
19. M. E. Medina-Mora et al., "Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana", *Salud Mental*, vol. 16, n° 3 (1993), p. 2-8.
20. J. Villatoro et al., "La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: medición otoño 1997", *Salud Mental*, vol. 22, n° 1 (1999), p. 18-30.
21. J. Villatoro et al., "Estudios en estudiantes de enseñanza media y media superior, Ciudad de México", *Observatorio Epidemiológico en Adicciones* (Mexico City, Secretaría de Salud, 2001).
22. R. Sánchez-Huesca et E. Ramón, "Análisis de un estudio epidemiológico realizado en escuelas de la República Mexicana", Centros de Integración Juvenil, vol. 1 (1983).
23. M. E. Medina-Mora et al., "A methodology for intensive case-finding and monitoring of drug use in a Mexican community", *Bulletin des stupéfiants* (publications des Nations Unies), vol. XXXII, n° 2 (1980), p. 17-26.
24. R. Smart, G. Natera et J. Almendares, "A trial of a new method for studying drinking and drinking problems in three countries of the Americas", *Bulletin of the Pan American Health Organization*, vol. 14, n° 4 (1980), p. 318-326.
25. M. E. Medina-Mora et al., "Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos", *Salud Mental*, vol. 5, n° 1 (1982), p. 77-81.
26. P. Cravioto et M. E. Medina-Mora, "El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua" (à paraître).
27. L. Vega et R. Gutiérrez, "La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como 'de la calle', *Salud Mental*, vol. 21, n° 2 (1998), p. 1-9.
28. M. E. Medina-Mora, J. Villatoro et C. Fleiz, "Uso indebido de sustancias", *Estudio de Niños, Niñas y Adolescentes entre 6 y 17 Años: Trabajadores en 1000 Ciudades*, vol. 7 (1999), p. 369-374.
29. M. Romero, "Sobre la necesidad de conceptuar el género en el estudio de las adicciones", *Psicología y Salud*, n° 5, 1995, p. 135-146.
30. A. Ortiz et al., "Sistema de reporte de información en drogas: tendencias 1987-1999", *Observatorio Epidemiológico sobre Adicciones* (Mexico City, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 2001).

31. Centros de Integración Juvenil: *Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C. 1990-2000* (2000).
32. A. J. Caraveo et al., *Epidemiología de la Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México: Reporte Final de Investigación* (Mexico City, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997).
33. N. Salgado et M. Díaz-Pérez, "La prevalencia de algunos trastornos mentales, su interpretación sociocultural y la utilización de servicios de salud mental en poblaciones rurales: el impacto de la migración México-Estados Unidos", Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte CONACYT, 1998.
34. J. De la Serna et al., "Medicina del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989", *Memorias de la IV Reunión de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría*, 1991, p. 183-187.
35. J. E. Suárez-Toriello, "Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína", *Heroína*, vol. 2, n^o 1 (1989), p. 123-137.
36. México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, "Situación epidemiológica del SIDA, SIDA/ETS", *Epidemiología*, 1998.

Tendances de la prévalence de l'usage de substances psychoactives dans la Fédération de Russie

E. A. KOSHKINA

*Chef du Département d'épidémiologie, Institut de recherche sur les toxicomanies,
Ministère de la santé, Fédération de Russie*

RÉSUMÉ

Entre 1991 et 2000, le nombre de toxicomanes a décuplé dans la Fédération de Russie et le nombre de personnes se livrant à l'abus de stupéfiants s'est trouvé multiplié par 6,4. Selon l'indicateur qui en résulte, leur nombre s'est trouvé, en fait, multiplié par 7,7, la population du pays ayant diminué de 2 % pendant cette période. La prévalence de la toxicomanie chez les femmes augmente rapidement. Entre 1993 et 2000, le nombre de femmes toxicomanes a augmenté de 12,6 %. Les adolescents continuent d'être le groupe social où la prévalence de l'usage et la dépendance des stupéfiants et autres substances psychoactives sont les plus fortes. Au cours de la dernière décennie, on a constaté non seulement un accroissement quantitatif de la prévalence de l'usage de drogues parmi les adolescents (elle s'est trouvée multipliée par 17), mais aussi un changement qualitatif, car la proportion d'usagers dépendants a augmenté. Le nombre d'adolescents qui demandent un traitement pour la première fois est le double du chiffre correspondant pour l'ensemble de la population (84,5 adolescents pour 100 000, contre 50,6 pour 100 000 pour la population générale).

Les recherches effectuées dans les villes de la Fédération de Russie ont révélé dans chacune d'entre elles une nette tendance à la hausse de la prévalence de l'usage de stupéfiants, ainsi qu'en attestent les indicateurs directs et indirects. La situation exige une intervention d'urgence car, la proportion d'usagers des drogues par injection augmentant, les cas d'hépatite et d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine se multiplient.

Mots clefs: Drogues illicites; toxicomanie; incidence; prévalence; Fédération de Russie; dynamique.

Dans la Fédération de Russie, la dernière décennie s'est signalée par une détérioration abrupte de la situation en matière de drogues, ce qui constitue une menace pour la sécurité nationale. Au début de 2001, 2,1 % de la population se trouvait en observation dans les cliniques de désintoxication du pays: plus de trois millions de patients (soit 2,095 pour 100 000 habitants) souffraient d'alcoolisme, de toxicomanie ou d'abus de stupéfiants, y compris ceux qui recevaient des soins préventifs.

La comparaison des données statistiques relatives aux alcooliques et aux usagers des drogues montre que l'alcoolisme est bien plus répandu dans la population que la toxicomanie. Il convient toutefois de tenir compte de deux facteurs: d'abord, il y a bien plus de toxicomanie latente que d'alcoolisme latent; ensuite, les risques sociaux liés à la toxicomanie sont bien plus importants que les risques liés à l'alcoolisme.

Depuis le début des années 90, la toxicomanie est devenue une question d'actualité, d'une part parce qu'il s'agit d'un problème de santé mais aussi, et, d'autre part, parce que la société est désormais plus consciente de cette réalité. Selon les données sociologiques pour 2000-2001, la propagation de l'abus de drogues a constitué le principal problème sanitaire de plusieurs régions du pays. Il y a plusieurs causes à ce phénomène: les séquelles de la guerre en Afghanistan, la non-étanchéité des frontières de la Fédération de Russie et la libéralisation de l'économie; la plupart des spécialistes ont une vision décourageante de l'avenir.

Le présent article vise à évaluer la situation de la Fédération de Russie en matière d'usage de drogues, à partir des données compilées par le Ministère de la santé. Le traitement de la toxicomanie est dispensé par les hôpitaux publics, les cliniques et dispensaires spécialisés, les services de désintoxication des institutions psychiatriques et un réseau de centres privés de traitement de la toxicomanie. Les informations relatives aux patients qui demandent un traitement dans les cliniques d'État spécialisées sont incluses dans les statistiques du Ministère de la santé. Celles-ci portent sur les groupes de patients ci-après: a) ceux pour lesquels on a formulé un diagnostic de syndrome de dépendance éthylique (alcoolisme); b) ceux pour lesquels on a formulé un diagnostic de syndrome de dépendance des stupéfiants (toxicomanie); c) ceux pour lesquels on a formulé un diagnostic de syndrome de dépendance de substances autres que les stupéfiants (dépendance d'une substance); et d) ceux qui consomment de l'alcool, des stupéfiants et des substances autres que les stupéfiants avec des effets nocifs (abus d'alcool, de stupéfiants et de substances autres que les stupéfiants).

Selon les statistiques officielles, le nombre de toxicomanes placés en observation dans les cliniques de désintoxication s'est trouvé multiplié par neuf en dix ans: en 2000, il était de 269 093 individus, soit 185,8 pour 100 000 habitants, alors qu'en 1991 il n'était que de 21,2 pour 100 000 (figure I). Dans 22 territoires, le niveau de morbidité révélé par cet indicateur était supérieur à la moyenne nationale pour la Fédération de Russie. C'est dans la région de Samara que l'on a enregistré les chiffres les plus élevés (515,6 pour 100 000); venaient ensuite les régions de Tomsk (495) et de Kemerovo (442,6).

En 2000, le nombre de personnes demandant pour la première fois à se faire traiter pour toxicomanie a atteint 50,6 personnes pour 100 000 habitants dans la Fédération de Russie; leur nombre a donc été multiplié par treize depuis dix ans (figure I). Le nombre de toxicomanes demandant un traitement pour la première fois a augmenté en proportion du nombre total d'usagers des drogues placés en observation, passant de 18 %, en 1991, à 27 %, en 2000.

Parallèlement à l'augmentation de la toxicomanie, on constate un accroissement du nombre d'usagers des stupéfiants. Le nombre de personnes placées en

observation dans les cliniques de désintoxication s'est trouvé multiplié par 6,4 entre 1991 et 2000 (passant de 13,5 à 86,9 pour 100 000 habitants) (figure II).

Sur le nombre total de personnes placées en observation pour abus de stupéfiants dans des cliniques spécialisées, la proportion de ceux qui recherchaient de l'aide pour la première fois a atteint 41 %. En 2000, dans l'ensemble de la Fédération de Russie, 51 157 personnes abusant des stupéfiants ont demandé de l'aide pour la première fois, ce qui représente 35,3 personnes pour 100 000 habitants. Cet indicateur a marqué une tendance à la hausse au cours des neuf dernières années; entre 1991 et 1999, il s'est trouvé multiplié par 7,7 (en 1991, le nombre correspondant était de 4,7 personnes pour 100 000 habitants). En 2000, l'indicateur n'a guère varié par rapport à l'année précédente (figure II).

Figure I. Nombre de toxicomanes homologués en fin d'année et nombre de premiers diagnostics: évolution constatée entre 1991 et 2000 (pour 100 000 habitants)

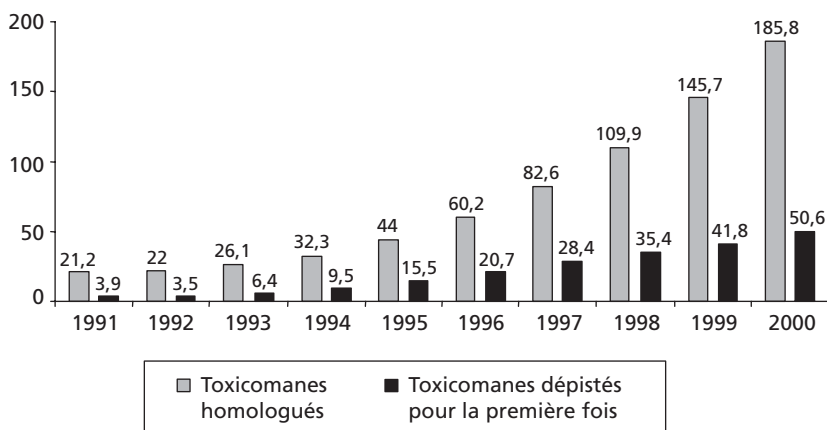
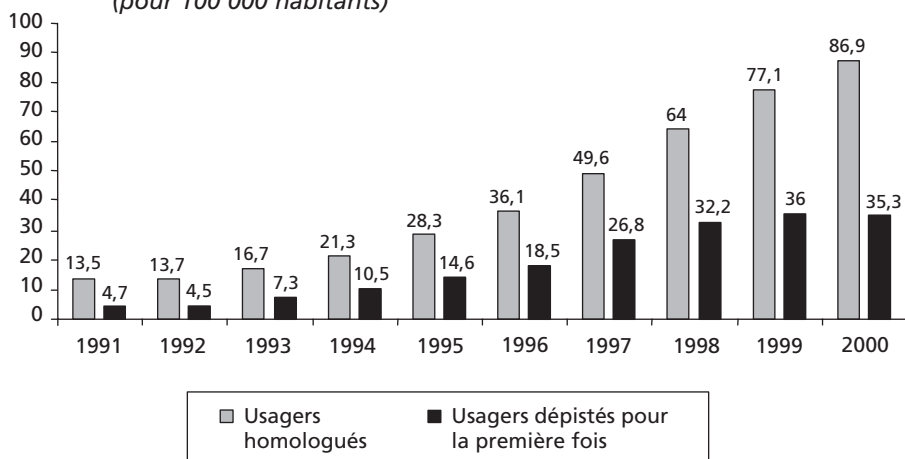


Figure II. Nombre d'usagers des stupéfiants homologués en fin d'année et nombre de premiers diagnostics: évolution constatée entre 1991 et 2000 (pour 100 000 habitants)



On trouvera ci-dessous une répartition des stupéfiants consommés dans la Fédération de Russie, fondée sur les données concernant les premières demandes de traitement formulées en 2000: les opioïdes ont représenté 90,1 % des stupéfiants consommés, les cannabinoïdes 4,3 %, les autres stupéfiants et leurs combinaisons 3,6 % et les psychostimulants 2 % (figure III).

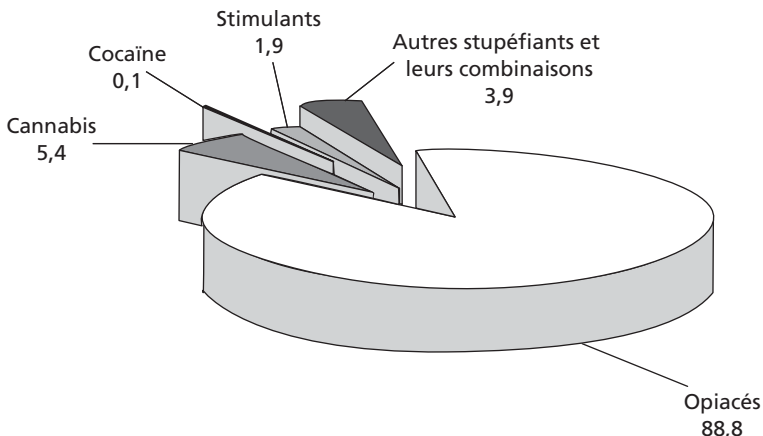
La prévalence des abus de substances est un problème moins grave car, pendant une longue période, on n'a pas constaté dans le pays d'accroissement de la fréquence des maladies causées par un usage non médical de substances non stupéfiantes. Entre 1991 et 2000, le nombre de consommateurs de ces substances placés en observation dans des cliniques spécialisées s'est trouvé multiplié par 1,9 passant de 4,7 à 8,4 pour 100 000 habitants. Au total, 12 821 usagers de ces substances ont été homologués en 2000 dans les institutions médicales du pays.

La prévalence de l'abus de stupéfiants augmente parmi les femmes. À la fin de 2000, 41 000 femmes toxicomanes se trouvaient placées en observation dans les cliniques de désintoxication de la Fédération de Russie, ce qui représente 53,9 femmes pour 100 000 (figure IV).

La prévalence de la toxicomanie chez les femmes est sujette à de grandes variations régionales: le taux de prévalence le plus élevé est dix fois supérieur au taux le moins élevé (dans la région de Samara, ce taux est de 172,5 pour 100 000 femmes, alors qu'il est de 135,7 dans la région de Kemerovo et de 129,6 dans la région de Tyumen).

L'évolution de cet indicateur est due, principalement, à l'augmentation du nombre de premiers diagnostics de toxicomanie chez les femmes. Entre 1993 (1,2 femmes pour 100 000) et 2000 (16,1 femmes pour 100 000), le nombre de femmes diagnostiquées pour la première fois comme toxicomanes s'est trouvé multiplié par 13,4 (figure V).

Figure III. Types de stupéfiants consommés par les personnes suivant un traitement dans la Fédération de Russie en 2000 (en pourcentage)



Note: Les pourcentages ayant été arrondis, leur total n'est pas rigoureusement exact.

Figure IV. Nombre de toxicomanes homologués en fin d'année dans la Fédération de Russie: évolution constatée entre 1991 et 2000 (pour 100 000 habitants)

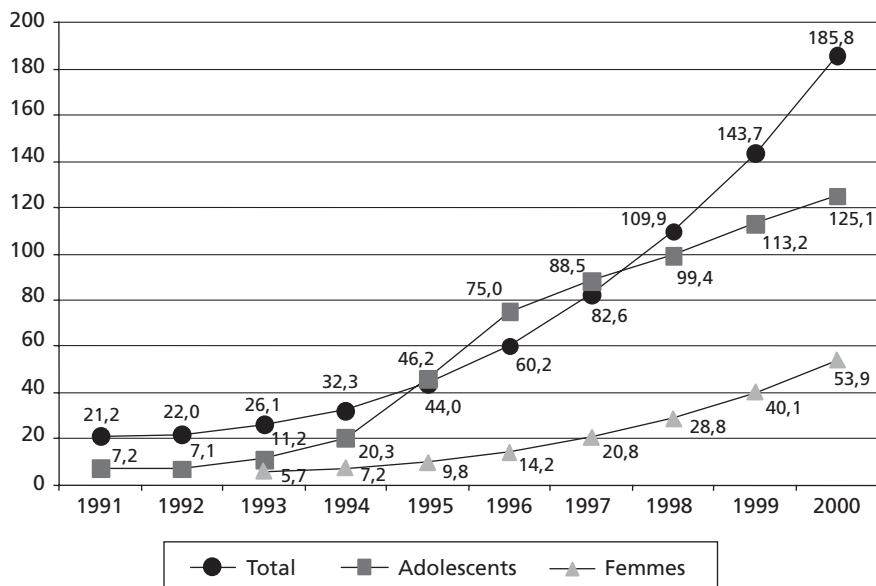
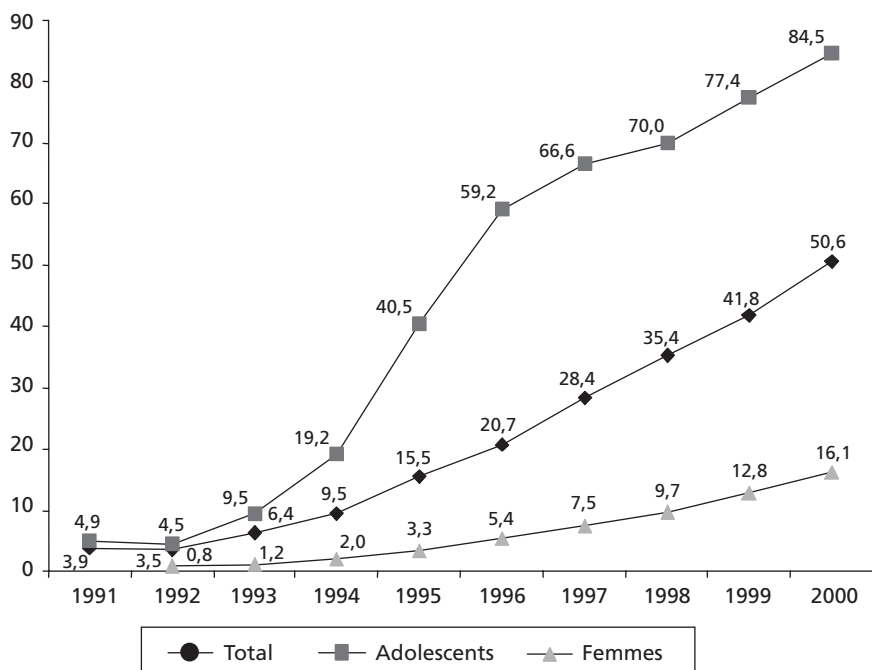


Figure V. Nombre de premiers diagnostics de toxicomanie dans la Fédération de Russie: évolution constatée entre 1991 et 2000 (pour 100 000 habitants)



L'une des causes principales de la détérioration de la santé des enfants et des adolescents tient à la prévalence croissante de certains comportements nocifs, essentiellement l'usage de substances psychoactives. La sous-culture de la jeunesse contemporaine abonde en informations qui, d'une façon ou d'une autre, encouragent à la consommation de stupéfiants.

L'usage de drogues chez les adolescents est généralement considéré comme occasionnel et non dépendant. Les adolescents essaient toutes sortes de substances, de l'alcool aux inhalants, en passant par le haschisch et les hallucinogènes. Pour la plupart d'entre eux, ces "essais" cessent avec l'âge. Mais chez certains d'entre eux, cependant, l'usage occasionnel devient systématique et une dépendance psychologique et physiologique s'installe. Ces gens formeront plus tard le gros des usagers des drogues.

En 2000, 9 062 adolescents toxicomanes, soit 125,1 adolescents pour 100 000, se trouvaient en observation dans des cliniques spécialisées (figure IV). L'indicateur pour 2000 est dix-sept fois supérieur à celui enregistré pour 1991. En 2000, dans 18 territoires, l'indicateur était supérieur à la moyenne nationale; dans huit de ces territoires, il atteignait le double de la moyenne. C'est dans la région d'Irkoutsk que l'on a enregistré l'indicateur le plus élevé: 604,6 adolescents pour 100 000.

Le nombre d'adolescents demandant un traitement pour la première fois est passé de 4,9 pour 100 000, en 1991, à 84,5 pour 100 000, en 2000; il a, lui aussi été multiplié par dix-sept (figure V).

Les indicateurs de l'abus des drogues révèlent également une tendance décourageante: entre 1991 et 2000, le nombre d'adolescents en observation pour toxicomanie a quintuplé.

En 2000, on s'efforça de prévoir le nombre de personnes âgées de 0 à 17 ans qui demanderaient un traitement pour cause de toxicomanie. Aux fins de l'analyse et des prévisions, on choisit des ensembles dynamiques de patients parmi 100 000 individus du groupe d'âge concerné, car des ensembles standard de données échappent aux fluctuations de la population et indiquent des tendances plus stables. Les graphiques obtenus montrèrent que dans le groupe d'âge des 0-17 ans la toxicomanie pourrait toucher 51,4 individus pour 100 000, en 2003, et que le nombre de ceux qui demanderaient un traitement pour la première fois pourrait atteindre 27,2 pour 100 000. De sorte que si les tendances socioéconomiques actuelles se poursuivent, le niveau de ces indicateurs augmentera de 42 % par rapport à 2000.

Un projet multivilles, lancé en coopération avec le Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, fonctionne depuis 1994 en Fédération de Russie, aux fins de contrôler et d'évaluer la situation de 11 villes russes en matière de drogues. Les informations communiquées comprennent une estimation comparée des données officielles des ministères de la santé et de l'intérieur pour la période 1995-2000, esquissant la situation dans huit villes: Moscou, Saint-Petersbourg, Krasnodar, Orenbourg, Iaroslavl, Novossibirsk, Kemerovo et Iekaterinbourg.

Par suite de la recherche menée dans les 11 villes, des indicateurs sont apparus, qui montrent l'évolution de la propagation de drogues dans la population.

a) Le nombre de personnes demandant un traitement pour la première fois

s'est trouvé multiplié par des facteurs compris entre 1,3 et 5,7, la moyenne nationale se situant à 2,5 (tableau 1);

b) La proportion de femmes parmi les personnes demandant un traitement pour la première fois a augmenté, dans une fourchette comprise entre 2 et 10 %, l'accroissement national se situant à 3 %) (tableau 2);

c) L'incidence de l'hépatite virale n'est pas régulière. Les indicateurs pour Orenbourg et Iaroslavl se sont trouvés multipliés par 9 et 6, respectivement. Pour les autres villes, ils ont été multipliés par des facteurs de 1,3 et 2, respectivement, sauf pour Iekaterinbourg et Kemerovo (depuis 1996) où l'indicateur a quelque peu baissé. L'indicateur national moyen s'est trouvé multiplié par 1,2 (tableau 3);

d) Le nombre de personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise a augmenté dans toutes les villes étudiées, mais leur progression n'est pas uniforme: à Moscou, ils se sont trouvés multipliés par 198, à Iekaterinbourg par 174, à Iaroslavl par 88,6, à Saint-Petersbourg, par 28,5, à Kemerovo, par 10,2, et à Krasnodar, par 7,8. La moyenne nationale des personnes infectées par le VIH a été multipliée par 78,1 (tableau 4);

e) Dans toutes les villes étudiées, les taux de mortalité enregistrés parmi les toxicomanes homologués se sont trouvés multipliés par 3 (à Saint-Petersbourg) et 14 (à Orenbourg) par rapport à 1996; une seule exception: Krasnodar, où ils ont légèrement baissé (tableau 5);

f) Le nombre d'arrestations liées aux drogues, dont celles pour revente, augmente dans la plupart des villes étudiées, ainsi que dans l'ensemble du pays (tableau 6).

Tableau 1. Nombre de toxicomanes, de consommateurs de substances et d'usagers de stupéfiants et autres substances psychoactives demandant un traitement pour la première fois (pour 100 000 habitants)

Ville	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscou	34,0	54,0	82,3	122,9	135,2	115,9
St-Petersbourg	12,3	12,2	30,5	55,6	64,3	62,1
Krasnodar	212,9	213,1	250,0	260,0	266,8	274,8
Orenbourg	77,6	81,2	120,3	206,6	404,2	438,8
Iaroslavl	6,9	7,8	12,2	25,8	32,7	34,1
Novossibirsk	64,2	171,3	179,1	73,1	102,1	105,4
Kemerovo	46,9	44,5	77,8	190,8	130,0	181,1
Iekaterinbourg	36,8	51,2	38,5	64,5	132,9	129,8
Fédération de Russie	36,6	47,4	67,3	79,0	83,4	90,5

Tableau 2. Proportion de femmes parmi les toxicomanes, consommateurs de substances et usagers de stupéfiants et autres substances psychoactives demandant un traitement pour la première fois (en pourcentage)

Ville	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscou	13,1	13	17,9	18,5	19,8	19,7
St-Pétersbourg	19,6	20,6	22,2	23,6	22,2	26,7
Krasnodar	11,01	11,3	12,5	12,3	12,5	16,0
Orenbourg	2,7	7,2	8,2	6,7	8,3	9,9
Iaroslavl	11,6	18,3	15,6	17,5	13,1	13,5
Novossibirsk	10,4	12,1	12,9	15,01	16,6	19,5
Kemerovo	14,2	24,5	7,7	..	23,8	19,9
Iekaterinbourg	13,1	14,3	17,9	13,0	18,1	18,4
Fédération de Russie	11,9	14,2	13,4	15,9	14,3	15,2

Note: Le signe .. indique qu'on ne dispose d'aucune donnée.

Tableau 3. Incidence de l'hépatite virale (pour 100 000 habitants)

Ville	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscou	31,6	40,05	61,2	65,03	61,1	40,27
St-Pétersbourg	40,0	33,4	23,6	29,8	86,9	78,1
Krasnodar	73,5	71,4	55,2	67,0	111,3	103,3
Orenbourg	54,6	44,2	54,2	78,4	199,6	487,8
Iaroslavl	12,2	12,7	23,2	38,0	50,76	67,31
Novossibirsk	65,1	116,6	137,3	115,5	91,2	111,3
Kemerovo	..	103,5	85,2	33,6	87,0	55,2
Iekaterinbourg	95,6	97,5	99,1	99,3	189,8	76,2
Fédération de Russie	35,6	35,9	36,8	35,6	43,35	42,5

Note: Le signe .. indique qu'on ne dispose d'aucune donnée.

Tableau 4. Incidence du SIDA et du VIH (pour 100 000 habitants)

Ville	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscou	0,64	0,76	1,00	5,4	76,5	126,9
St-Pétersbourg	4,7	5,6	7,4	9,0	17,5	134,0
Krasnodar	0	1,6	2,1	6,8	8,2	12,4
Orenbourg	..	..	0,38	0,38	6,1	..
Iaroslavl	1,3	0,8	1,77	3,4	20,8	115,2
Novossibirsk	0,21	0,87	1,07	2,36	2,7	..
Kemerovo	..	0,9	0,6	5,6	4,3	9,2
Iekaterinbourg	0,9	1,0	1,6	1,8	3,6	156,3
Fédération de Russie	0,77	0,97	0,68	7,2	12,6	60,17

Note: Le signe .. indique qu'on ne dispose d'aucune donnée.

Tableau 5. Taux de mortalité parmi les toxicomanes, les consommateurs de substances et les usagers de stupéfiants et autres substances psychoactives (pour 100 000 habitants)

Ville	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscú	..	1,21	1,9	3,3	3,77	4,1
St-Pétersbourg	1,5	1,9	2,1	1,8	2,9	5,9
Krasnodar	6	8,2	6,5	4,6	3,1	6,4
Orenbourg	0,57	1,7	5,11	8,5	13,4	23,8
Iaroslavl	2 personnes	0,48	0,81	2,75	..	..
Novossibirsk	0,28	3,65	3,93	5,5	9,8	19,1
Kemerovo	2,4	6,6	10,6	15,4	15,3	50,9
Iekaterinbourg	6,3	5,2	5,2	10,7	21,2	30,6
Fédération de Russie	..	1,31	1,5	1,9	2,6	4,8

Note: Le signe .. indique qu'on ne dispose d'aucune donnée.

Tableau 6. Arrestations pour revente de drogues illicites
(pour 100 000 habitants)

Ville	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Moscou	27,9	43,0	67,9	95,7	146,2	168,0
St-Pétersbourg	74,3	86,3	96,2	..	170,4	..
Krasnodar	255,4	124,8	813,5	231,3	..	243,2
Orenbourg	28,9	55,9	..	..	183,4	186,4
Iaroslavl	28,7	29,6	35,5	..	91,3	95,6
Novossibirsk	..	..	187,7	..	..	295,5
Kemerovo	40,1	55,6	228,5	872,0	202,8	210,4
Iekaterinbourg	132,6	170,8	459,8	522,5	802,9	..
Fédération de Russie	50,6	54,3	77,6	92,0	88,5	92,6

Note: Le signe .. indique qu'on ne dispose d'aucune donnée.

La recherche montre que, dans l'ensemble de la Fédération de Russie comme dans les villes étudiées, la prévalence de l'usage de stupéfiants est en nette augmentation, ce que confirment tous les indicateurs analysés. La situation est si alarmante qu'une intervention s'impose de toute urgence, car l'incidence de l'hépatite et de l'infection par le VIH parmi les usagers augmente, de même que la proportion d'injecteurs. La proportion de femmes toxicomanes et celle des jeunes augmente également.

Références

1. E. A. Koshkina, G. A. Korchagina et A. Z. Shamota, *Incidence of Alcoholism and Drug Addiction and Related Morbidity in the Russian Federation; Handbook for Psychiatrists and Drug Treatment Physicians* (Moscou, 2000).
2. E. A. Koshkina, "Prevalence of drug-related illnesses in the Russian Federation in 2000, according to official statistical data", *Drug Addiction Issues*, n^o 3, 2001, p. 61.

Questions liées à la détection d'une baisse de la demande de drogues: la pénurie d'héroïne en Australie en 2001

L. DEGENHARDT, L. TOPP ET C. DAY*

National Drug and Alcohol Research Centre,
Université de Nouvelle-Galles du Sud, Sydney (Australie)

RÉSUMÉ

Dans le présent article, les auteurs traitent de la difficulté de cerner et de démontrer les changements affectant la disponibilité ou l'offre de drogues sur le marché. Ils distinguent entre l'offre et la demande (ou consommation), l'évaluation de chacun de ces paramètres exigeant un ensemble de données distinct. Cette distinction a récemment été illustrée par la pénurie d'héroïne qui a touché l'Australie. Vers la fin de décembre 2000 ou au début de janvier 2001, les marchés australiens de l'héroïne virent soudainement et abruptement chuter l'offre d'héroïne. Cette pénurie se poursuivit tout au long de l'année 2001 dans toutes les régions et circonscriptions où l'on pouvait, depuis plusieurs années déjà, se procurer à faible coût une héroïne d'une relative pureté.

Mots clefs: Héroïne; offre de drogues; systèmes de surveillance; systèmes d'alerte précoce.

Introduction

Les auteurs du présent article traitent de la difficulté de cerner et de démontrer les changements affectant la disponibilité ou l'offre de drogues sur le marché. Ils distinguent entre l'offre et la demande (ou consommation), l'évaluation de chacun de ces paramètres exigeant un ensemble de données distinct. Cette distinction a récemment été illustrée par la pénurie d'héroïne qui a touché l'Australie.

Vers la fin de décembre 2000 ou au début de janvier 2001, les marchés australiens de l'héroïne virent soudainement et abruptement chuter l'offre d'héroïne. Cette pénurie se poursuivit tout au long de l'année 2001 dans toutes les régions et circonscriptions où l'on pouvait, depuis plusieurs années déjà, se procurer à faible coût une héroïne d'une relative pureté [1].

*Les recherches effectuées aux fins du présent article ont été financées par le National Drug and Alcohol Research Centre, ainsi que par un prix (le Commonwealth Australian Postgraduate Award) décerné à C. Day. Les auteurs tiennent à remercier les collègues qui les ont aidés à comprendre la pénurie d'héroïne: Shane Darke, Paul Dietze, Kate Dolan, Craig Fry, Wayne Hall, Peter Reuter et Paul Williams. Les auteurs tiennent également à exprimer leur gratitude au National Drug Law Enforcement Research Fund, qui a financé un programme de recherche détaillé sur les causes, les effets et les répercussions du phénomène.

Le présent article n'étudie pas les causes possibles de cette moindre disponibilité, non plus que les conséquences de la pénurie ou l'incidence de ce phénomène sur les politiques suivies. Ces questions sont actuellement examinées dans le cadre d'un programme de recherche approfondi lancé dans trois divisions administratives de l'Australie par le National Drug and Alcohol Research Centre de l'Université de Nouvelle-Galles du Sud. Les auteurs attirent toutefois l'attention sur la façon dont la collecte routinière d'informations peut être utilisée pour déterminer la disponibilité des drogues dans une zone géographique donnée. Le présent article est divisé en deux parties: la première énumère les indicateurs adaptés au contrôle de la disponibilité des drogues et passe en revue leurs points forts et leurs faiblesses; la seconde consiste en une étude de cas qui montre la façon dont les sources de données ont été utilisées pour déceler la pénurie d'héroïne qui a touché l'Australie en 2001.

Indicateurs pertinents de la disponibilité des drogues

Un certain nombre d'indicateurs fiables permettent de déceler les changements affectant la disponibilité des drogues. Ces indicateurs reflètent les changements intervenus dans l'approvisionnement – plutôt que l'évolution des modes de consommation –, les conséquences sanitaires de l'usage, les possibilités d'accès à un traitement et les ressources affectées à la traque de la criminalité liée aux drogues. Il s'agit notamment:

- a) des données volontairement communiquées par les usagers en ce qui concerne la disponibilité, la pureté et le prix des drogues;
- b) des données communiquées par les services de répression quant à la disponibilité, à la pureté et au prix des drogues saisies;
- c) des données obtenues auprès d'informateurs clefs quant à la disponibilité, à la pureté et au prix des drogues.

Lorsqu'on entreprend de rassembler diverses données sur un même sujet, il convient d'évaluer la convergence (ou le degré de cohérence) des données, ce qui permet de signaler avec plus de confiance les tendances apparentes. Bien que chaque source de données comporte des biais et des défauts, la triangulation permet de les aplanir [2]. L'existence de systèmes d'information intégrés associant un traitement critique de l'information à la collecte de données provenant de sources variées permet d'élaborer les politiques à suivre et de les appliquer efficacement et en temps utile [2].

Données volontairement communiquées par les usagers

Les données recueillies auprès des usagers réguliers en ce qui concerne la disponibilité, la pureté et le prix des drogues sont sans doute les indicateurs les plus importants d'un changement dans l'approvisionnement. En d'autres termes, ce

sont les clients des marchés illicites qui sont les mieux à même de fournir des informations sur ces marchés. Il convient de noter que les prix des drogues signalés par les usagers correspondent à des achats effectifs. Il ne s'agit donc pas d'estimations secondaires ou de données obtenues dans le cadre d'opérations "achat-arrestation" (consistant à acheter de la drogue à un dealer pour le prendre sur le fait), mais de données primaires concernant des achats effectués par des personnes qui participent activement au marché des drogues. Ces informations peuvent être obtenues indirectement auprès d'informateurs clefs (c'est à dire les spécialistes travaillant parmi les usagers), mais il est bien évident que les renseignements fournis par les usagers eux-mêmes sont plus à jour, plus subtils et plus précis que ceux que l'on obtient indirectement auprès de tiers.

Ces données comportent toutefois des lacunes: par exemple, les rapports concernant la disponibilité des drogues sur le marché dépendent de la nature et de l'importance de la participation des usagers à ce marché. De même, il n'est pas sûr que les usagers soient sensibles à la modification de la pureté des drogues qu'ils consomment. Enfin, vu le caractère illicite du marché de la drogue, il est probable que tous les usagers font face, à un moment ou à un autre, à des fluctuations de l'offre, sans que cela n'indique pour autant un changement radical des disponibilités globales de drogues illicites. On peut pallier ces failles en contrôlant les données objectives sur la pureté et la demande tirées des indicateurs.

Indicateurs des drogues illicites

Les indicateurs des drogues illicites sont un autre moyen de mesurer la disponibilité des drogues illicites. Les estimations de pureté tirées des données relatives aux saisies sont des indicateurs fiables et pertinents de la qualité des drogues saisies par les services de répression et, vu la cohérence des méthodes d'analyse, elles fournissent des mesures de qualité cohérentes dans le temps. Ces données donnent donc une mesure précise et fiable des tendances des drogues (en particulier, elles donnent des estimations de pureté plus fiables que celles des usagers).

Ces données présentent toutefois des difficultés [3]. Tout d'abord, il se peut que les quantités de drogues saisies reflètent des opérations de police ponctuelles plutôt qu'un changement des volumes de drogues importés ou vendus dans le pays. En outre, les services de répression ne soumettent pas toutes les drogues saisies à des analyses médico-légales. Dans certains cas, comme il n'est procédé à une analyse qu'en cas de contestation devant un tribunal [4], le degré de pureté allégué ne concerne qu'un échantillon non représentatif des drogues illicites disponibles. Ajoutons qu'il convient de distinguer entre les saisies opérées dans la rue et les saisies massives, qui représentent différents niveaux dans la hiérarchie de la distribution. Enfin, certaines circonscriptions ne communiquent pas leurs données aux autres, ce qui complique l'évaluation globale de la pureté des drogues dans une région donnée, voire dans le pays. En résumé, même si les données tirées des saisies constituent une mesure objective et fiable de la pureté des drogues, les obstacles liés à la procédure ou à des considérations d'ordre politique peuvent diminuer la qualité des données utilisées aux fins des contrôles.

Rapports des informateurs clefs

Les informateurs clefs sont une autre source importante d'informations [1, 5, 6]. Ils sont choisis en raison de leurs contacts réguliers ou suivis avec les usagers des différents types de drogues, ou parce qu'ils connaissent bien certains groupes d'usagers et sont au fait des changements affectant le prix, la pureté et la disponibilité des différentes drogues. On trouve parmi eux des représentants du secteur de la santé, des services sociaux ou des services de répression. Les informateurs clefs appartenant aux services sanitaires ou sociaux sont recrutés dans les centres de traitement et de désintoxication, parmi le personnel des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, parmi le personnel des services d'urgence et des organismes sanitaires et sociaux (comme les cellules de crise et les services de proximité destinés aux jeunes) implantés dans les marchés des drogues importants. Ces sources disposent souvent de bonnes informations sur l'offre de drogues au niveau de la rue. Les informateurs clefs appartenant aux services de répression sont recrutés dans des régions où sévissent d'importants marchés de la drogue, ou choisis en fonction de leur activité s'ils travaillent dans le domaine de la criminalité liée aux drogues illicites. Selon les agences ou organismes contactés, on a parfois affaire à des représentants de la loi capables de fournir des informations sur les drogues, tant au niveau de la rue qu'en ce qui concerne les gros trafiquants. Les rapports des informateurs clefs sont de bons indicateurs des changements affectant les marchés des drogues illicites: ils connaissent très bien les marchés, avec lesquels ils sont fréquemment en contact, sans toutefois épouser le style de vie des toxicomanes. Les données communiquées par les informateurs clefs suite à leurs entrevues avec des usagers sont donc les mesures les plus sensibles des nouvelles tendances des drogues et de leur disponibilité [7].

Toutefois, l'une des insuffisances des données fournies par les informateurs clefs tient à ce qu'elles sont plus subjectives, donc moins fiables, que les données relatives aux usagers et aux indicateurs. Les rapports qu'ils transmettent dépendent entièrement du groupe particulier avec lequel ils ont eu les contacts les plus récents. Ils sont également moins à même que les usagers de fournir des données spécifiques sur les achats, les prix et les modes d'usage, car ils rapportent les choses par ouï-dire quand les usagers parlent de leurs propres comportements.

Limites à l'utilisation d'autres sources de données

Quand on entreprend d'examiner les changements qui affectent la disponibilité des drogues, mieux vaut éviter de se servir de données qui peuvent être contredites par d'autres facteurs, en particulier celles qui reflètent surtout la demande ou la consommation de drogues illicites, comme les données sur les caractéristiques de l'usage et sur ses conséquences sanitaires, ou sur le traitement de l'usage problématique de drogues, ainsi que les données des services de répression sur la criminalité liée aux drogues.

Données sur les caractéristiques de l'usage de drogues

On peut raisonnablement supposer que, dès lors qu'une drogue est moins disponible sur le marché, ses usagers la consomment moins souvent, se l'administrent autrement ou modifient leur schéma de consommation d'autres drogues. L'inverse, toutefois, n'est pas forcément vrai: le fait qu'un usager consomme moins fréquemment une drogue donnée ne signifie pas forcément que celle-ci est moins présente sur le marché. Il est tout aussi vraisemblable qu'il ait modifié les caractéristiques de sa consommation parce qu'il préfère désormais une autre drogue, ou parce qu'on trouve désormais de nouvelles drogues sur le marché.

Données sur la nocivité de l'usage de drogues pour la santé

On peut raisonnablement supposer que, dès lors qu'une drogue est moins disponible sur le marché, le risque d'en subir les conséquences néfastes diminue d'autant. Qui plus est, la modification du taux d'effets négatifs induits par d'autres drogues peut refléter, partiellement au moins, une évolution des caractéristiques de l'usage et des comportements à risque des usagers. Par exemple, une augmentation des taux de surdose pourrait fort bien résulter d'une évolution de la polytoxicomanie, ou du fait que les usagers font moins fréquemment appel à l'aide médicale, en raison d'un durcissement des pratiques policières sur les sites où des surdoses ont été enregistrées.

Données sur le traitement de l'usage problématique de drogues

Ces données portent notamment sur les nouvelles admissions dans les centres de traitements, ceux, en particulier, qui ont lancé des programmes spécifiques, comme l'entretien à la méthadone pour traiter l'héroïnomanie ou la dépendance d'autres opiacés. Bien que ces données puissent refléter une moindre disponibilité des drogues de prédilection des usagers sur le marché, elles peuvent également être influencées par d'autres facteurs, comme la diminution des financements et, de ce fait, celle du nombre de centres de traitement, ou les changements apportés aux méthodes d'enregistrement des usagers. En outre, encore que les usagers de drogues illicites puissent être poussés à commencer un traitement en raison des difficultés qu'ils éprouvent à se procurer leur drogue de prédilection (ce qui débouche sur une augmentation du nombre de nouvelles admissions), il se peut aussi qu'ils aient volontairement réduit leur consommation, d'où des problèmes de santé moins fréquents, de sorte qu'ils ne demandent pas un traitement.

Données sur la criminalité liée aux drogues

On peut raisonnablement supposer que l'augmentation ou la diminution du nombre d'arrestations opérées pour détention de stupéfiants tels que l'héroïne reflète l'évolution de l'offre de cette drogue. Et l'on peut penser aussi qu'une moindre disponibilité de cette drogue sur le marché diminue d'autant certains délits et

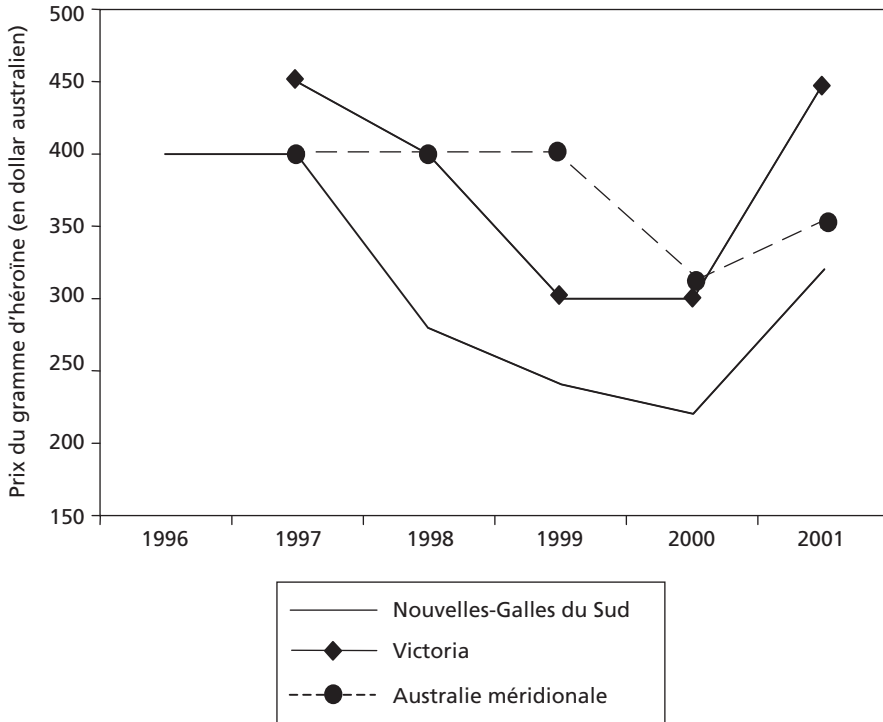
infractions, comme les crimes contre la propriété et les violences liées à son usage. Toutefois, la principale difficulté afférente à ce type de données tient au risque de confusion possible entre l'effet des opérations de police ciblant des délits précis et celui des changements apportés au financement des services de répression. Il se peut également qu'une baisse des activités criminelles puisse résulter d'un moindre approvisionnement en drogues illicites. Par exemple, si les usagers d'une drogue cessent de la consommer en raison de sa moindre disponibilité, il s'ensuit que la criminalité liée à l'usage de cette drogue, comme la revente ou la commission de délits en vue de pouvoir l'acheter, s'en trouvera également diminuée. Mais il se peut aussi que les usagers d'une drogue donnée, s'ils veulent continuer de la consommer et ont besoin d'argent pour ce faire, intensifient leurs activités délictueuses pour faire face à l'augmentation de prix résultant d'une réduction de l'offre.

Le cas de la pénurie d'héroïne en Australie en 2001

L'intérêt des contrôles de routine a été amplement prouvé en Australie en 2001, quand le système décela une baisse de l'offre d'héroïne. Un système d'alerte précoce, l'Illicit Drug Reporting System (IDRS), y a été mis en place en 1996. Des enquêtes sont menées annuellement dans chacune des huit divisions administratives du pays, en vue d'obtenir un tableau global des nouvelles tendances de l'usage de drogues et des risques connexes [6]. En vertu de ce système, on procède à la triangulation des données provenant de sources variées afin d'aplanir les biais et insuffisances inhérents à chaque source individuelle [8, 9]. Les données sont tirées: a) d'une enquête quantitative effectuée parmi des groupes sentinelles d'usagers des drogues illicites; b) d'une enquête qualitative effectuée parmi les informateurs clefs qui ont des contacts avec les usagers et connaissent bien le marché des drogues; et c) d'un ensemble d'indicateurs sur l'offre de drogues illicites, sur l'usage de drogues et sur leurs effets nocifs. L'IDRS tire notamment de chacune de ces sources des données sur le prix, la pureté et la disponibilité des cinq principales drogues illicites consommées en Australie, dont l'héroïne. Nous évoquons ci-après les conclusions de l'étude sur les disponibilités d'héroïne en 2001 et dans la période précédente.

Le premier ensemble de données à examiner est tiré des enquêtes effectuées parmi les usagers de drogues illicites. Chaque année, l'IDRS lance une enquête parmi les usagers des drogues par voie intraveineuse (UDVI) qui se sont injecté de la drogue une fois par mois au moins au cours des six mois précédents, afin de connaître leur mode d'usage, ainsi que le prix, la pureté et la disponibilité des produits qu'ils consomment. La figure I montre les estimations faites par les UDVI du prix d'un gramme d'héroïne dans trois divisions administratives de l'Australie: la Nouvelle-Galles du Sud, l'Australie méridionale et Victoria, depuis la création de l'IDRS. En 2001, au terme d'une période de stabilité – et parfois même de baisse des prix – qui durait depuis 1996, l'IDRS décela pour la première fois une augmentation des prix de l'héroïne.

Figure I. Estimation par des injecteurs du prix d'un gramme d'héroïne en Australie, par circonscription administrative, entre 1996 et 2001



Source: L. Topp et al., *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, National Drug and Alcohol Research Centre, monographie n° 48 (Sydney, 2002).

Entre 2000 et 2001, on vit abruptement chuter le nombre d'usagers des drogues par voie intraveineuse proclamant que l'héroïne était "très facile" à obtenir en Nouvelle-Galles du Sud (où leur nombre tomba de 85 à 46 %), sur le territoire de la capitale (où il passa de 78 à 23 %) et à Victoria (où il tomba de 86 à 36 %) [1]. On nota un accroissement correspondant du nombre d'UDVI disant que l'héroïne était "difficile" ou "très difficile" à obtenir sur ces territoires (leur nombre passa de 1 à 16 % en Nouvelle-Galles du Sud, de 1 à 22 % sur le territoire de la capitale, et de 2 à 19 % dans la région de Victoria. De même, en 2001, une proportion nettement plus grande de l'échantillon total signalait que, par comparaison avec 2000, l'héroïne avait été bien plus difficile à se procurer au cours des six mois précédents (7 contre 30 %), ou que l'offre en avait été irrégulière (4 contre 12 %). On obtint des réponses analogues sur les trois principaux marchés de l'héroïne: la Nouvelle-Galles du Sud, le territoire de la capitale et Victoria.

Notons toutefois qu'en 2001 la majorité des UDVI de ces circonscriptions continuaient de considérer que l'héroïne était "très facile" ou "facile" à se procurer, ce qui semblait indiquer qu'en dépit de la baisse de l'offre il n'était pas impossible

d'en acheter. Cette moindre disponibilité d'héroïne était donc perçue comme relative par rapport à la période précédente, où l'on pouvait aisément s'en procurer.

Cette pénurie étant relative et non absolue, il apparut que le "temps de recherche", c'est-à-dire le temps nécessaire à un usager pour trouver et acheter la drogue de son choix, serait un indicateur de l'offre plus sensible que l'estimation du nombre d'UDVI consommant de l'héroïne ou la fréquence de leur usage. La recherche menée à Sydney au plus fort de la "sécheresse" de 2001 révéla que, selon les héroïnomanes, il leur fallait désormais plus longtemps pour trouver leur drogue [10]. Le temps consacré à la quête d'héroïne augmenta de façon spectaculaire, passant de 10 minutes, en moyenne (dans une fourchette allant de 2 à 60 minutes), à 90 minutes (dans une fourchette comprise entre 5 et 1 440 minutes) ($p < 0,001$). Cet allongement du temps de recherche amena les UDVI à modifier leur comportement: leurs achats opportunistes dans la rue passèrent de 42 à 54 % [10].

La seconde source de données examinée fut le degré moyen de pureté de l'héroïne saisie par les douanes et la police. La figure II indique la pureté moyenne de l'héroïne saisie par les services australiens de répression entre l'exercice financier 1996-1997 et l'exercice 2000-2001. La pureté moyenne de toute l'héroïne saisie et analysée en Australie pendant l'exercice 2000-2001 était de 44 %; on enregistrait donc, pour la deuxième année consécutive, une baisse du degré moyen de pureté de l'héroïne saisie. Malgré la baisse de pureté générale enregistrée, la pureté moyenne de l'héroïne saisie en Nouvelle-Galles du Sud restait supérieure à ce qu'elle était dans les autres circonscriptions, ce qui n'est guère surprenant quand on sait que Sydney est la grande plaque tournante de l'importation et du trafic d'héroïne en Australie [4]. Cependant, les variations constatées entre les différentes régions n'étaient pas bien grandes: pour la période 2000-2001, la moyenne était de 39 % dans le Queensland et de 51 % en Nouvelle-Galles du Sud. Le nombre de saisies opérées près des côtes australiennes en 2000-2001 s'éleva à 28, alors qu'il était de 39 pour l'exercice financier précédent; les quantités saisies (216 kg au total) étaient également moins importantes (figure III). Ces chiffres concordent avec la moindre disponibilité d'héroïne en Australie, à cette époque-là.

Figure II. Pureté moyenne de l'héroïne saisie et analysée en Australie en 1996-97 et en 2000-2001

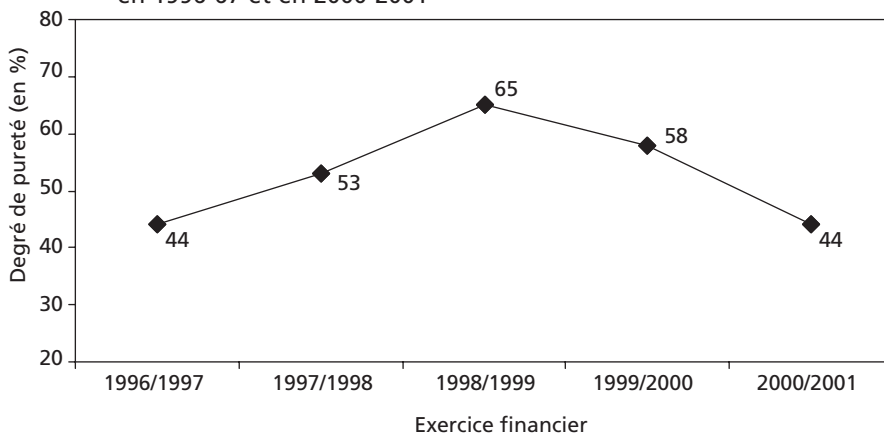
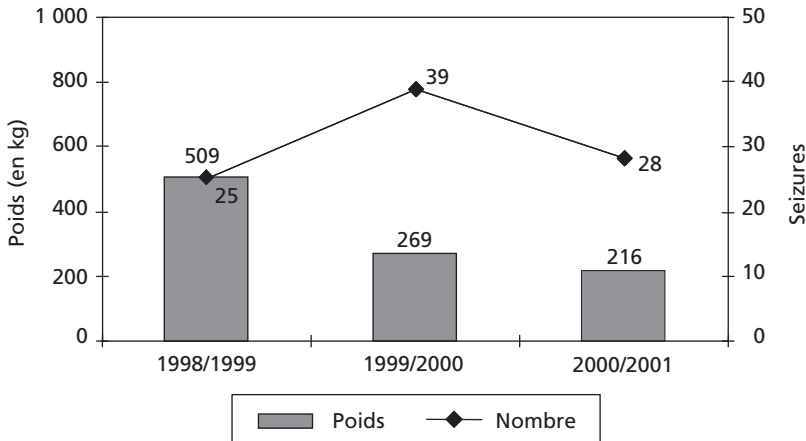


Figure III. Nombre de saisies d'héroïne effectuées sur les côtes ou non loin des côtes de l'Australie et poids de l'héroïne saisie, en 1998-1999 et 2000-2001



Enfin, les entrevues avec des informateurs clés constituaient la troisième source d'informations sur la disponibilité des drogues. Celles-ci ont lieu annuellement et se font à l'aide d'un questionnaire standard, semi-structuré. Les rapports des informateurs clés en ce qui concerne l'héroïne cadraient avec ceux des UDVI. Ainsi, en 2001, plus de la moitié (56 %) des informateurs clés de Nouvelle-Galles du Sud signalèrent qu'il était plus difficile de s'y procurer de l'héroïne; les autres notèrent simplement des fluctuations de l'offre. De même, les estimations de prix des informateurs clés concordaient avec celles des injecteurs. Le prix moyen du gramme d'héroïne signalé par les informateurs clés était de 340 dollars australiens, celui d'une capsule d'héroïne variant entre 50 et 80 dollars. Et comme les UDVI, les informateurs clés ont signalé que l'héroïne se vendait désormais par quart de gramme (de 70 à 120 dollars) et par demi-gramme (entre 140 et 160 dollars).

Conclusion

Il convient d'évaluer soigneusement les sources de données utilisées pour mesurer l'offre. Les indicateurs qui peuvent se trouver affectés par d'autres variables, comme un changement dans les préférences des consommateurs, une aggravation des risques sanitaires liés à l'usage de drogues, l'évolution du nombre de centres de traitement ou un changement dans les priorités des services de répression ne peuvent fournir d'informations fiables sur la disponibilité des drogues dans une zone géographique déterminée. Il faut donc s'intéresser aux mesures qui permettent d'évaluer directement l'offre, comme le prix, la pureté et la facilité d'obtention des drogues. Ces données peuvent être obtenues auprès des usagers eux-mêmes ou auprès d'informateurs clés (des policiers, par exemple) qui sont en contact suivi avec les usagers et connaissent le marché; on peut également obtenir auprès des services de répression des données relatives aux quantités de drogues

saisies. Chacune de ces sources de données est sujette à des biais qui peuvent altérer la fiabilité des caractéristiques observées. Leur triangulation permet cependant, si elles sont cohérentes, de conclure avec plus de certitude que les changements observés reflètent bien une évolution de l'offre d'une drogue donnée; il devient alors possible d'obtenir des informations à jour sur les changements relatifs de prix, de pureté et de disponibilité des drogues illicites. Voilà qui est de la plus haute importance pour les décideurs politiques, qui sont tenus de réagir face à l'évolution des tendances du marché des drogues: ces informations leur permettent, en effet, de prendre, en toute connaissance de cause, les décisions qui s'imposent en matière de drogues.

Références

1. L. Topp et al., *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, monographie n^o. 48 (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 2002).
2. P. Griffiths et al., "Drug information systems, early warning and new drug trends: can drug monitoring systems become more sensitive to emerging trends in drug consumption?", *Substance Use and Misuse*, vol. 35, n^{os} 6-8 (2000), p. 811-844.
3. G. Stimson et al., "Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, p. 317-325.
4. Australian Bureau of Criminal Intelligence, *Australian Illicit Drug Report, 2000-2001* (Canberra, Commonwealth of Australia, 2002).
5. États-Unis d'Amérique, National Institute on Drug Abuse, *Identifying and Monitoring Emerging Drug Use Problems: a Retrospective Analysis of Drug Abuse Data – Information reported by the CEWG* (Bethesda, Maryland, 2001).
6. L. Topp et R. McKetin, "Pour étayer l'élaboration de politiques fondées sur des éléments concrets: l'exemple du système de déclaration des drogues illicites en Australie", *Bulletin des stupéfiants* (publication des Nations Unies), vol. LV, n^{os} 1 et 2 (2003).
7. R. McKetin, "Use of RAM to monitor illicit drug use in developed countries: can rapid assessment result in a rapid response?", *Drug and Alcohol Review*, vol. 18, 1999, p. 333-335.
7. J. Hando et al., "The development of an early warning system to detect trends in illicit drug use in Australia: the Illicit Drug Reporting System", *Addiction Research*, vol. 6, 1998, p. 97-113.
8. J. Hando et al., *The Illicit Drug Reporting System (IDRS) Trial: Final Report*, (Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1997).
10. C. Day et al., "Changes in heroin availability in Sydney, Australia, in early 2001", *Addiction*, vol. 98, n^o 1 (2003), p. 93-95.



NATIONS UNIES
Office contre la drogue et le crime

Vienna International Centre, PO Box 500, A 1400 Vienna, Austria
Tel: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Printed in Austria

V.03-88862—May 2004—680

United Nations publication

Sales No. F.04.XI.5

ISBN 92-1-248119-1

ISSN 0251-3706

