



O . E . D . T .

**Observatoire Européen des
Drogues et des Toxicomanies**

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

1999

Avertissement

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) ainsi que les personnes ou les sociétés agissant en son nom déclinent toute responsabilité directe ou indirecte quant à l'utilisation qui pourrait être faite de l'information contenue dans le présent document. Ce Rapport ne reflète en aucune façon l'avis de l'OEDT en ce qui concerne le statut légal des pays, territoires, villes ou zones qu'il mentionne, de leurs autorités et de leurs limites ou frontières.

Sauf indication contraire, la présente publication, y compris toutes les recommandations ou opinions, ne représente aucunement la politique de l'OEDT, de ses partenaires, de tout État membre de l'UE, de toute agence ou institution de l'Union européenne ou des Communautés européennes.

Des informations sur l'OEDT peuvent être obtenues sur son site web: <http://www.emcdda.org>.

Le serveur Europa (<http://europa.eu.int>) propose sur Internet d'autres informations beaucoup plus complètes sur l'Union européenne.

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

Une fiche bibliographique figure à la fin de cette publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1999

ISBN 92-9168-080-X

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 1999
Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Belgium



Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisbonne

Tél. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

E-mail: info@emcdda.org

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

Préface

C'est un réel plaisir pour moi que de présenter le Rapport annuel 1999 de l'OEDT, le quatrième produit par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Quelques ajustements de fond et de forme ont été apportés depuis la dernière publication, afin que ce Rapport reflète plus clairement les tendances et les modèles de consommation de drogues, qui évoluent rapidement en Europe et qu'il soit plus accessible à un lectorat diversifié. Nous avons pour objectif de fournir des informations de qualité et actualisées servant de base à une prise de décision fondée. La collecte d'informations comparables, fiables et utiles nécessite beaucoup de temps et d'efforts, de même que la création de réseaux locaux, nationaux et européens qui permettent de canaliser ces informations.

Les mesures relatives aux drogues et aux problèmes qui y sont liés font l'objet d'une attention particulière, tant en Europe que dans le reste du monde, et des progrès considérables ont été réalisés en 1998. Lors de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies sur les drogues à New York (du 8 au 10 juin 1998), la communauté mondiale a réaffirmé son engagement dans la lutte concertée et équilibrée contre le problème de la drogue au niveau mondial. L'adoption d'une déclaration politique relative aux principes directeurs de la réduction de la demande de drogues par 185 pays participants a constitué une avancée majeure dans le «débat international sur les drogues». C'est la première fois, à ce niveau, que la réduction de la demande a été reconnue comme composante indispensable de toute approche globale du problème mondial de la drogue. L'Assemblée générale a invité la Commission des stupéfiants à étudier une proposition de plan d'action basée sur cette déclaration. Le Programme des Nations unies pour le contrôle international de la drogue (Pnucid) a préparé un avant-projet, qui a été débattu et enrichi par un groupe de travail intergouvernemental, auquel ont participé des agences spécialisées, dont l'OEDT, en décembre 1998.

La 42^e session de la Commission des stupéfiants (1) s'est clôturée par l'adoption d'une résolution concernant le

premier plan d'action des Nations unies sur la réduction de la demande de drogues. Ce plan privilégie l'identification, l'évaluation et la diffusion d'informations sur les causes et les conséquences de l'usage de stupéfiants; les mécanismes de coordination ainsi que la participation de tous les secteurs et autorités concernés de la société; la mise en œuvre de la recherche et la diffusion des résultats; le développement de programmes adaptés, allant du découragement de la consommation initiale à la réduction des conséquences sanitaires et sociales négatives de l'usage de drogues; l'amélioration des informations et des services offerts au public ainsi qu'aux consommateurs de drogues en particulier; le développement de stratégies d'évaluation.

Les mesures contre le trafic et l'abus de drogues ont également été une priorité majeure au niveau communautaire. Entrée en vigueur le 1^{er} octobre après sa ratification en juin 1998 par tous les États membres, la convention Europol a apporté à l'UE un outil complémentaire pour prévenir et lutter contre le trafic de drogues illicites. La coordination et la mise en œuvre d'une troisième Semaine européenne de prévention des toxicomanies sous la présidence autrichienne a marqué une étape importante dans l'application du premier programme d'action communautaire pour la prévention de la toxicomanie.

Les présidences britannique et autrichienne ont joué un rôle clé dans le développement d'un grand nombre d'initiatives. Au début de 1998, la présidence britannique a invité les membres du groupe horizontal «Drogues» (GHD) du Conseil à définir leurs priorités probables à des fins d'inclusion dans une stratégie européenne post-1999 en matière de drogues. Le GHD (2) a coordonné la contribution de l'Union européenne (UE) pour la session de l'Assemblée générale des Nations unies sur les drogues. Le Conseil européen de Cardiff (3) a approuvé un ensemble d'éléments clés pour une stratégie communautaire destinée à aborder tous les aspects du problème sur la période 2000-2004 (4). La présidence autrichienne a poursuivi cette tâche et le Conseil européen de Vienne

(1) Vienne, du 16 au 25 mars 1999.

(2) Ce groupe horizontal «Drogues» a été créé par le Comité des représentants permanents (Coreper), en février 1997, en tant que forum de coordination des activités liées à la drogue dans l'Union, en particulier lorsqu'elles portent sur plusieurs piliers. Le HDG s'est réuni onze fois en 1998.

(3) 15 et 16 juin 1998 — Conclusions de la présidence.

(4) Sur la base du rapport du Conseil au Conseil européen sur les activités liées aux drogues et aux problèmes connexes sous la présidence britannique, avec des éléments clés d'une stratégie communautaire post-1999 en matière de drogue (7930/2/98 REV 2).

(5) 11 et 12 décembre 1998.

(5), après avoir examiné le rapport sur les drogues de la présidence, a invité les institutions européennes à développer une stratégie post-1999 en matière de drogues à la fois intégrée et équilibrée, conformément aux nouvelles possibilités offertes par le traité d'Amsterdam. Le Conseil a spécifié qu'il conviendrait d'utiliser pleinement l'expertise de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Le Parlement européen a examiné et commenté le rapport du Conseil (6). Il a particulièrement insisté sur la nécessité d'assurer une synergie maximale entre tous les efforts communautaires et a invité la Commission ainsi que le Conseil à reprendre toutes les initiatives sur les drogues dans un document unique. Le besoin d'informations fiables et comparables sur les drogues a été souligné par l'adoption par le Parlement européen du document sur le Rapport annuel de l'OEDT (7).

La stratégie communautaire post-1999 en matière de drogues est envisagée comme multidisciplinaire, équilibrée et intégrée, avec diverses actions de réduction de la demande et de l'offre impliquant une coopération internationale entre les trois piliers de l'UE. Le Parlement européen et le Conseil ont indiqué l'importance d'une focalisation sur l'amélioration de la coopération avec les pays candidats à l'UE et sur la simplification de l'adoption de l'acquis communautaire en matière de drogues.

La Commission a tiré parti du travail déjà effectué par l'Observatoire entre 1995 et 1999 et des contributions du Parlement et du Conseil européen à la préparation de sa proposition de plan d'action communautaire de lutte contre la drogue (2000-2004). Le plan d'action prévoit un rôle important pour l'OEDT dans la fourniture aux institutions européennes et aux États membres des informations pertinentes, en observant que la portée et l'ampleur du phénomène de la drogue sont désormais mieux connues grâce au travail effectué par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Il convient également de mentionner le lancement, en 1998, du cinquième programme-cadre de recherche pour 1998-2002. Il comprend le soutien des activités de recherche concernant les facteurs psychologiques et socio-économiques impliqués dans l'usage de drogues

pour une meilleure compréhension des conséquences sociales et sanitaires à long terme et la poursuite de stratégies de traitement plus efficaces.

Des efforts ont été accomplis avec le programme Phare pour développer des systèmes d'information dans le but de collecter, traiter et diffuser des données sur l'usage de drogues et parvenir à une convergence entre les pays d'Europe centrale et orientale (PECO) et les tâches ainsi que les données sur lesquelles travaille actuellement le réseau de points focaux nationaux Reitox (réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies) de l'OEDT. Il reste encore beaucoup à faire et l'Observatoire ainsi que ses partenaires savent qu'ils doivent faire face à un nouveau grand défi.

L'OEDT, en étroite collaboration avec les points focaux nationaux Reitox, continuera à concentrer ses efforts sur la collecte, l'analyse et la diffusion régulières de données au niveau européen; l'amélioration des méthodes de comparaison de données; la mise en œuvre d'indicateurs épidémiologiques clés harmonisés; l'évaluation systématique et scientifique des initiatives de réduction de la demande; la coopération avec les organismes et les organisations européens et internationaux.

Les principales tâches de l'Observatoire comprennent, dans le domaine de l'épidémiologie, la mise en œuvre de cinq indicateurs clés harmonisés (demande de traitement par les usagers de drogues; décès liés à la drogue, mortalité et causes de décès chez les usagers de drogues; incidence des maladies infectieuses liées à la drogue; comparabilité des enquêtes sur l'usage de drogues, les comportements et les attitudes dans la population en général; comparabilité des estimations de la prévalence de la consommation problématique de drogues). L'amélioration de la base de données européenne sur les activités de réduction de la demande (EDDRA) est le principal projet relatif à l'identification, l'estimation et la promotion d'une évaluation scientifique de routine dans le domaine de la réduction de la demande. L'investigation scientifique et la collaboration avec les partenaires institutionnels de l'OEDT se poursuivent dans le cadre de la mise en œuvre de l'action commune sur les nouvelles drogues synthétiques, tout comme dans le

(6) Résolution du Parlement européen sur le rapport, avec des éléments clés d'une stratégie communautaire post-1999 en matière de drogue, du Conseil au Conseil européen sur les activités liées aux drogues et aux problèmes connexes sous la présidence britannique (7930/2/98 — C4-0409/98).

(7) Rapport sur le Rapport annuel 1997 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne (C4-0552/97) de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

Préface

cadre de la préparation et de la publication annuelle de ce Rapport et d'une série de monographies de recherche et d'autres études.

Ce Rapport démontre, me semble-t-il, les véritables progrès effectués par l'Observatoire depuis sa fondation, grâce à l'engagement et au dur labeur de tous ceux qui sont impliqués dans le processus, et ce, à tous les

niveaux, dans l'ensemble de l'Union européenne. L'OEDT me paraît désormais bien placé pour répondre aux défis posés à l'orée du prochain millénaire.

Georges Estievenart

Directeur exécutif

OEDT

Remerciements

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

Les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel

Les services des différents États membres qui ont rassemblé les données brutes pour le Rapport

Le président, le vice-président et les membres du Conseil d'administration et du comité scientifique de l'OEDT

Le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne et, en particulier, son groupe horizontal «Drogues» ainsi que la Commission européenne

Le groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, le programme des Nations unies pour le contrôle international des drogues, l'Organisation mondiale de la santé, Europol, Interpol et l'Organisation mondiale des douanes

Le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications officielles des Communautés européennes

Nicholas Dorn, Harry Shapiro, Margie Lindsay, Andrew Haig, Lynda Durrant et Ian Roberts

Table des matières

CHAPITRE 1	9
Tendances du développement de l'usage de drogues, problèmes et réponses	9
Prévalence et modèles de consommation de drogue à problème	9
Réponses en termes de traitement	10
Réponses communautaires	11
Défis pour les systèmes de soins de santé	12
Consommateurs de drogues et système judiciaire	12
Prévention et promotion de la santé	13
Développements politiques	13
Information, évaluation et recherche	15
CHAPITRE 2	16
Prévalence, modèles et conséquences de la consommation de drogues	16
Prévalence de l'usage de drogues	16
Indicateurs de conséquences sanitaires	19
Indicateurs d'application de la loi	22
Indicateurs du marché des drogues	24
CHAPITRE 3	26
Réponses établies sur l'abus de drogues dans l'UE	26
Semaine européenne de prévention des toxicomanies	26
Prévention et événements politiques	26
Suivi	27
Cannabis: évolution et réponses	28
Modèles de consommation	29
Saisies	30
Puissance	30
Traitement	30
Prévention	31
Débats et discussions	31
Drogues synthétiques: développements et réponses	31
Définition des drogues synthétiques	31
Composition de l'ecstasy	32
Prévalence de l'usage de drogues synthétiques	33
Évolution récente	34
Activités de réduction de la demande	34

Tendances du développement de l'usage de drogues, problèmes et réponses

Dans l'ensemble de l'Union européenne (UE), les politiques nationales, régionales et locales de prévention de l'usage de drogues et de la toxicomanie ainsi que l'aide et le traitement des consommateurs de drogues évoluent. Davantage d'efforts sont concentrés à tous les niveaux et dans tous les secteurs pour garantir l'efficacité accrue de la coopération et de la coordination entre les systèmes éducatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires.

En dépit des différences considérables entre les pays communautaires et les consommateurs de drogues et les modèles de consommation, certaines tendances et conséquences de l'usage de drogues se dessinent clairement dans l'ensemble de l'Union. Davantage de détails sur les modèles de consommation et les conséquences de l'usage de drogues sont fournis au chapitre 2.

Prévalence et modèles de consommation de drogue à problème

Dans la plupart des États membres, la principale substance enregistrée par les indicateurs d'usage de drogue problématique est l'héroïne. Dans certains États du Nord, les amphétamines jouent un rôle important dans l'inscription pour des traitements, bien que les surdoses et les maladies infectieuses liées à la drogue impliquent également fréquemment l'héroïne. Les estimations de prévalence du nombre global de consommateurs problématiques de drogues font donc principalement référence à la consommation problématique d'opiacés.

Les enquêtes, bien que généralement peu fiables pour l'évaluation de la consommation de drogue à problème, suggèrent qu'au maximum 1 % de la population en général et 1 à 2 % de la population scolaire ou des jeunes ont consommé

de l'héroïne ou d'autres opiacés illicites dans l'UE. Ainsi, le nombre de personnes ayant expérimenté au moins une fois l'héroïne pourrait se situer entre 3 et 5 millions.

La prévalence globale de la consommation de drogue à problème semble être généralement stable dans la plupart des pays communautaires, même s'il existe une incidence continue de nouveaux cas contrebalancée par la désintoxication ou le décès d'autres usagers. L'estimation pour l'ensemble de l'UE (1 à 1,5 million dans une population totale d'environ 375 millions) est plus élevée que dans les rapports annuels précédents en raison d'estimations nouvelles ou améliorées provenant d'un plus grand nombre de pays. La plupart des indicateurs utilisés pour estimer la prévalence étant plus susceptibles de détecter les toxicomanes par voie intraveineuse (TVI), il est possible que le nombre de fumeurs d'héroïne soit sous-estimé.

La population connue ou traitée est essentiellement masculine, avec un âge moyen d'environ 30 ans. Ce chiffre augmente lentement dans la plupart des États membres, mais cette évolution peut résulter en partie d'une augmentation des traitements de substitution. Cette population est également associée à de graves problèmes sociaux et sanitaires, liés à la polytoxicomanie, à la comorbidité psychiatrique, aux maladies infectieuses, au crime, à l'emprisonnement et à l'exclusion sociale.

Définition de la consommation de drogue à problème

«La consommation de drogue à problème» se définit comme l'usage de drogues augmentant de façon considérable le risque de conséquences néfastes physiques, psychologiques ou sociales graves pour le toxicomane. Cette définition englobe la dépendance (toxicomanie), mais aussi des modèles de consommation non dépendants, pouvant amener le toxicomane à chercher de l'aide, ou associés à un accroissement de la mortalité ou de la morbidité, tels que les surdoses ou les maladies infectieuses.

La définition opérationnelle utilisée par l'OEDT pour comparer les estimations de prévalence de la consommation de drogue à problème est limitée à la toxicomanie par voie intraveineuse ou à l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines. Pour des raisons pratiques, l'ecstasy et le cannabis ne sont pas inclus dans la comparaison des estimations pour différents pays, bien que, comme nous le verrons plus loin dans ce Rapport, l'usage de ces drogues puisse parfois être associé à des problèmes personnels ou sociaux.

Répartition sociale et diffusion

La consommation de drogue à problème est répartie de façon inégale entre les pays et en leur sein, avec de grandes différences d'une ville à l'autre et dans les villes mêmes. Une prévalence accrue est généralement associée aux régions plus défavorisées socialement, mais la relation entre prévalence et facteurs socio-économiques est complexe et le rapport entre l'héroïne et la ségrégation urbaine ne devrait pas être considérée de manière simpliste. Alors que, en général, la prévalence de l'héroïne est plus importante dans les régions urbaines, elle s'étend aux petites villes et aux zones rurales. On rapporte également l'existence de nouveaux groupes de fumeurs d'héroïne, notamment des jeunes de milieux aisés, des usagers abusifs d'ecstasy, d'amphétamines et d'autres drogues à des fins récréatives, des membres de certaines minorités et des personnes plus âgées connaissant des problèmes liés à l'abus d'alcool et/ou de médicaments.

dans le secteur social de nombreux pays. Dans le même temps, on constate un abandon des traitements résidentiels en faveur des traitements ambulatoires.

Héroïnomanie et traitement de substitution

Les traitements de substitution pour une dépendance aux opiacés se développent rapidement et les généralistes y jouent souvent un rôle. Selon les estimations, quelque 300 000 personnes dans l'UE reçoivent des produits de substitution, principalement de la méthadone. Dans l'Union, environ 20 % de tous les usagers problématiques d'opiacés et 30 % des toxicomanes reçoivent un traitement de substitution. En 1998, une expérience a été menée aux Pays-Bas, visant à fournir de l'héroïne pour raisons strictement médicales. La prescription médicale d'héroïne a également fait l'objet de débats au Danemark, en Allemagne, en Espagne et au Luxembourg. En 1999, l'OEDT va publier une étude approfondie sur le traitement de substitution dans l'UE.

Réponses en termes de traitement

Défis pour les services de traitement

La polytoxicomanie, la comorbidité et le vieillissement de la population sont de véritables défis pour les services de traitement. Cette évolution joue un rôle crucial dans la détermination de la meilleure approche à la fourniture de traitements de haute qualité. À mesure que les modèles de consommation de drogues évoluent, le nombre de modèles multiples de réponse augmente.

Soins primaires

Le système de soins de santé primaires dans l'UE accroît son engagement envers le soin des consommateurs de drogues, probablement en raison de l'expansion des traitements de substitution et des réductions financières

Vers des réponses?

À l'heure actuelle, nous ne disposons que de données limitées sur la recherche et l'évaluation des processus de traitement, leurs avantages et les facteurs associés à un bon traitement. Celles-ci incluent la qualité de la gestion et de l'organisation des services, du personnel et le niveau du travail multidisciplinaire et interagences accompli pour assurer de bonnes relations et liaisons entre plusieurs institutions communautaires.

La méthadone est de loin le médicament de substitution le plus répandu dans l'UE et les avantages d'une maintenance par la méthadone font désormais l'objet d'un consensus général. Le traitement peut améliorer le bien-être psychologique et social, réduire l'usage d'héroïne illicite ainsi que la criminalité et diminuer la transmission

Alternative française

En France, la prescription de buprénorphine a rapidement augmenté depuis son introduction en 1996. Les généralistes français prescrivent de la buprénorphine à environ un tiers des consommateurs d'héroïne qui les consultent. Selon une étude d'évaluation, ces patients viennent généralement d'un milieu social défavorisé et sont plus âgés (45 % des patients ont plus de 30 ans).

Au bout de un an, les progrès d'environ 69 % de ces patients sont toujours observés par leur généraliste. Dans ce groupe, 9 patients sur 10 prennent toujours de la buprénorphine. Bien que la consommation globale d'héroïne ait diminué de 43 %, un peu plus d'un cinquième des usagers ont toujours recours à l'injection

et, dans de nombreux cas, la buprénorphine est également consommée par voie intraveineuse. On estime que les usagers continuent à pratiquer l'injection en raison de la dépendance au rituel proprement dit ainsi qu'à son contexte social (injection en groupe) ainsi qu'en raison du fait que l'effet de la drogue est insuffisant en cas de prise par voie orale.

Les décès semblent généralement survenir en cas de mélange de la buprénorphine avec des benzodiazépines, en particulier dans les pays enregistrant un niveau élevé de traitement de substitution et de mélange avec les benzodiazépines.

du virus d'immunodéficience humaine (VIH), bien que d'autres recherches soient nécessaires pour déterminer le rôle de ce type de traitement dans la réduction de la transmission de l'hépatite C. Ces cinq dernières années, l'évaluation du traitement a enregistré une croissance importante.

Réponses communautaires

Bien qu'ils sortent d'un usage récréatif intermittent ou expérimental, de nombreux modèles de consommation de drogues dans l'UE ne se reflètent généralement pas dans les indicateurs de problèmes, tels que la demande de traitement, et ne sont pas couverts par les estimations de prévalence de l'usage de drogue problématique. Les réponses à l'usage de drogues par les jeunes se concentrent principalement sur les drogues synthétiques. Néanmoins, certaines initiatives concernant les consommateurs expérimentaux d'autres drogues ont été signalées en Belgique, au Danemark, en Grèce, en Espagne, en France et en Autriche. Généralement, ces initiatives essaient d'impliquer les jeunes dans d'autres activités scolaires et extrascolaires, d'accroître la sensibilisation aux drogues et à d'autres choix de vie et d'impliquer les condisciples, parents et professeurs dans ces activités.

Exclusion sociale

L'exclusion sociale et les problèmes de drogues sont étroitement liés aux communautés marginalisées dans lesquelles la situation sociale et sanitaire de patients généralement vieillissants se détériore. Cela suggère la nécessité de réponses structurelles et d'interventions plus spécifiques. Bien qu'une certaine publicité ait entouré l'usage croissant de drogues par des jeunes relativement

Tziganes et drogues

En Espagne, la toxicomanie affecte des groupes spécifiques de Tziganes, entraînant une fragmentation et une aliénation sociales, familiales et culturelles accrues dans une communauté déjà vulnérable. La vente de drogues par certains membres de la communauté renforce le stéréotype des Tziganes revendeurs de drogues.

En général, les toxicomanes tziganes ne bénéficient pas de façon appropriée de traitements et de services de réduction des risques, ce qui entraîne un niveau plus élevé d'infections VIH dans cette communauté, bien que les programmes de maintenance par la méthadone aient été acceptés et puissent constituer une solution à ce problème.

aisés, les services concernés savent que les problèmes touchent principalement les groupes et les régions socialement marginalisés. Dans les régions défavorisées, on se concentre de plus en plus sur le besoin de travail communautaire impliquant la coopération entre les systèmes éducatifs, sanitaires, sociaux et judiciaires, les employeurs et les organisations non gouvernementales (ONG).

Travail de proximité et intervention précoce

Une étude pilote de l'OEDT analyse la longueur de la période entre la première prise d'héroïne et le début du premier traitement. L'étude a révélé que, plus la consommation d'héroïne a commencé jeune, plus le traitement sera entamé tard. Les usagers précoces attendent 7 ou 8 ans, voire plus, avant d'entreprendre un traitement. Les

Analyse des données de traitement à l'aide de modèles statistiques et mathématiques

Un projet de l'OEDT a analysé la «période de latence» entre le premier usage d'opiacés (principalement d'héroïne) et la première demande de traitement à Amsterdam, Lisbonne, Londres et Rome. Le tableau présenté ci-après, qui présente les résultats pour Rome, indique que la durée de latence moyenne varie fortement selon l'âge. Elle est ainsi beaucoup plus longue chez les personnes qui ont commencé à consommer des drogues jeunes. Il existe également une grande variabilité dans chaque tranche d'âge: parmi les patients qui ont commencé à consommer de la drogue avant 16 ans, 25 % demandent un traitement dans les six ans, 50 % (premier groupe compris) dans les huit ans et 75 %

(premier et deuxième groupes compris) dans les 13 ans. Cette information est importante pour les services de traitement, dans la mesure où elle peut partiellement refléter l'«attrait du traitement».

Il est désormais évident que les services de traitement n'attirent pas les jeunes consommateurs de drogues. C'est peut-être dû au fait qu'ils ne ressentent pas le besoin de traitement ou que les services sont moins adaptés à leur traitement. Cet aspect devrait être davantage étudié au niveau local, par exemple en interrogeant les usagers dans la rue et ceux en cours de traitement sur les raisons qu'ils ont d'entreprendre ou non un traitement.

Période de latence entre la première consommation d'opiacés et la première demande de traitement à Rome

Âge lors de la première consommation	Taille de l'échantillon	Moyenne	25 %	Médiane 50 %	75 %
Moins de 16 ans	555	9.2	6	8	13
De 16 à 21 ans	2 675	7.0	3	6	10
Plus de 21 ans	1 426	4.7	1	3	7

indicateurs de demande de traitement ne tiennent donc pas compte des nouvelles épidémies parmi les plus jeunes, qui ont peu de contact avec les services de traitement. Ce facteur soulève le problème de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'attrait du traitement ainsi que la nécessité d'étudier les obstacles à l'obtention de traitement, en particulier pour les plus jeunes usagers.

Défis pour les systèmes de soins de santé

Mortalité et morbidité

Ces dernières années, 6 000 à 7 000 décès annuels directement liés aux drogues (surdoses) ont été officiellement enregistrés dans l'UE. Ce chiffre est resté relativement stable, même si on observe des différences au sein de différents pays. La grande majorité de ces décès impliquent des opiacés, principalement l'héroïne, mais aussi fréquemment d'autres substances, telles que les benzodiazépines et l'alcool. Le nombre réel de décès directement attribués à l'intoxication par l'héroïne ou d'autres opiacés est susceptible d'être légèrement plus élevé en raison d'une sous-estimation. L'infection VIH et les hépatites B et C restent des problèmes de santé importants liés à l'injection de drogue.

Services disponibles

Il existe désormais des services à bas seuil dans tous les pays communautaires, mais leur disponibilité et le type

de service offert varient. En général, ils proposent une aide individuelle et des soins médicaux, psychologiques et sociaux à des usagers souvent très défavorisés, principalement plus âgés et toxicomanes de longue date. Des systèmes d'échange de seringues existent dans tous les pays, bien que dans une mesure variable. Dans certains pays, les pharmacies fournissent des seringues gratuites ou peu coûteuses. Disponibles dans certains États membres, les salles d'injection constituent un service controversé.

Consommateurs de drogues et système judiciaire

On compte que 15 à 50 % ou plus des prisonniers de l'UE ont ou ont connu des problèmes liés à l'usage de drogues. Plusieurs États membres signalent que la surpopulation des prisons empêche fréquemment les progrès des soins appropriés pour les consommateurs de drogues. Des systèmes d'échange de seringues existent dans quelques prisons d'Allemagne et d'Espagne ainsi qu'au Royaume-Uni, les prisonniers qui consomment des drogues par voie intraveineuse se sont récemment vus accorder des pastilles de stérilisation. Le manque de formation du personnel pénitencier constitue un autre problème.

Une étude de l'OEDT sur les alternatives à la prison en cas de toxicomanie donne une vue d'ensemble des

diverses options disponibles dans les États membres étudiés, allant de l'ajournement ou de l'exemption de responsabilité criminelle à la liberté conditionnelle.

Seuls les Pays-Bas et la Suède font état de soins obligatoires, bien que le choix de la terminologie puisse occulter le fait que des soins plus ou moins obligatoires existent dans la plupart des pays communautaires, les toxicomanes devant ou pouvant choisir entre l'emprisonnement et des alternatives de traitement.

Les directives générales des politiques en matière de drogues d'un nombre croissant de pays ont adopté le principe du remplacement de la sanction par la thérapie. Certains États membres ont renforcé le soutien social et médical envers les délinquants toxicomanes en utilisant le premier contact avec les autorités répressives comme une voie vers le traitement ou le conseil.

Prévention et promotion de la santé

La famille, les parents et les écoles ont tous un rôle à jouer dans la prévention de l'usage de drogues. L'école reste le terrain privilégié pour les activités de prévention et probablement l'une des meilleures voies pour toucher la majorité des enfants. La formation des professeurs et l'implication des parents sont cruciales et encouragées dans l'ensemble de l'UE, même si le rôle de la famille et, en particulier, des parents varie.

Développements politiques

Vers une approche équilibrée

L'équilibre entre la réduction de la demande et de l'offre est une préoccupation politique majeure. L'Europe abandonne progressivement la répression pour se concentrer sur la prévention, le traitement et la nécessité de réduire les risques entraînés par l'usage de drogues.

Réduction des risques

Après des années de statut semi-marginal dans de nombreux pays, la réduction des risques est de plus en plus reconnue comme un outil important dans les politiques nationales et locales en matière de drogues. Le débat se focalise désormais principalement sur les preuves scientifiques. Des projets ont pour objectif d'apporter une reconnaissance juridique, professionnelle ou politique à de nombreuses activités, tels que les systèmes d'échange de seringues, les salles d'injection ou les traitements de substitution qui visent à réduire les dommages sanitaires et sociaux entraînés par la toxicomanie.

Dépénalisation

L'interdiction de possession et/ou d'usage de drogues est le concept général que suivent tous les pays communautaires. La légalisation n'est pas considérée comme une option dans les États membres, mais ils savent que la poursuite et l'emprisonnement de personnes connaissant des problèmes de drogues aggravent la situation.

La frontière entre toxicomanes et trafiquants s'est agrandie en Europe. Les nouvelles stratégies en matière de drogues se concentrent en effet sur des aspects tels que la prévention, l'aide et le traitement pour les consommateurs de drogues (même s'il s'agit de délinquants condamnés) et les sanctions pour les trafiquants de drogue (même s'ils sont eux-mêmes toxicomanes). La consommation de drogues en général ne semble pas faire l'objet de poursuites dans la plupart des pays communautaires. Toutefois, les débats continuent sur le statut des toxicomanes en possession de petites quantités de drogues à des fins personnelles ou commettant de petits délits en raison de leur dépendance.

L'évolution des politiques européennes en matière de drogues et les nouvelles approches juridiques envers les drogues illicites indiquent une tendance à la dépénalisation de certains comportements liés à la consommation et à la possession de drogues à usage personnel. La plupart des États membres refusent les solutions extrêmes, telles que la légalisation totale ou la répression dure, mais continuent d'interdire la consommation de drogues, tout en modifiant les sanctions et les mesures appliquées.

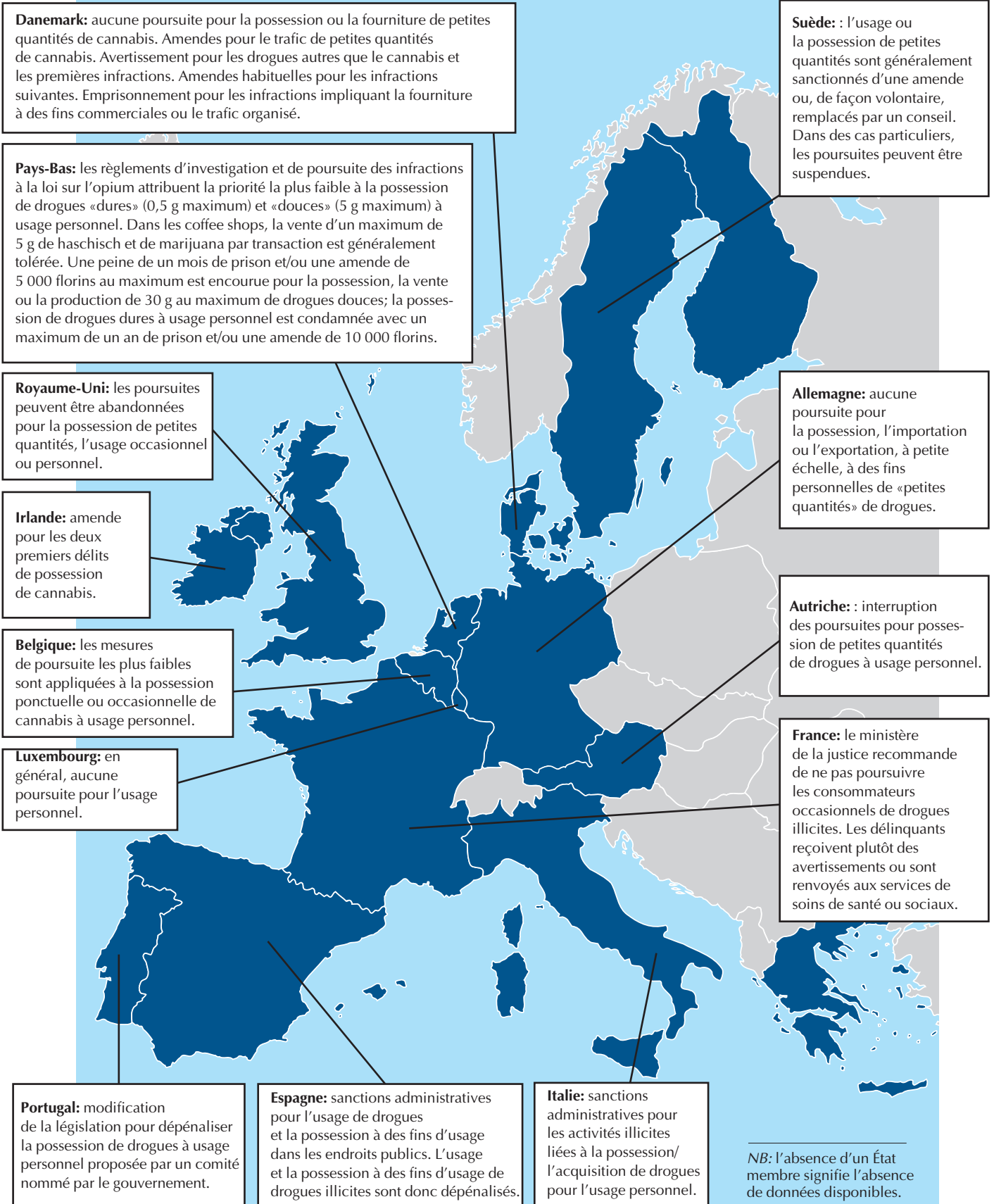
Bien que la tendance dans de nombreux États membres consiste à réduire l'importance des poursuites et de l'emprisonnement des consommateurs de drogues, les chiffres relatifs aux arrestations policières et les indicateurs d'usage de drogues en prison suggèrent une contradiction entre la théorie et la pratique dans certains secteurs du système judiciaire.

Drogues licites et illicites

La distinction entre drogues licites et illicites devient floue. Les débats se concentrent sur la mesure dans laquelle il est utile de conserver les distinctions classiques entre drogues illicites (cannabis ou cocaïne), substances récréatives licites (alcool et tabac) et médicaments psychoactifs licites (tranquillisants ou analgésiques). Le statut d'autres substances (solvants ou stéroïdes) ajoute une dimension supplémentaire.

Les modèles de consommation de drogues illicites impliquent également fréquemment des substances licites, notamment l'alcool, le tabac et les tranquillisants (pris à

Résumé des réponses de l'UE aux délits mineurs liés aux drogues



des fins non médicales). Les modèles de consommation plus problématiques sont caractérisés par l'usage de plusieurs substances licites et illicites, alors que les centres de traitement rapportent un accroissement de la polytoxicomanie. Les initiatives de prévention sont généralement adaptées à la prévention de l'usage de tout type de drogue, licite ou illicite. Cette tendance est également de plus en plus souvent reconnue dans le domaine du traitement, et les soins des personnes connaissant des problèmes de drogue, d'alcool ou de médicaments tendent à être fusionnés.

Coopération à tous les niveaux

Dans l'ensemble de l'Europe, la coopération entre les systèmes sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires nationaux, régionaux et locaux semble s'intensifier. Cette tendance est également encouragée parmi les États membres.

À mesure que la limite entre prévention et traitement s'estompe, les consommateurs de drogues, à différents stades, cherchent de l'aide auprès de diverses structures. La nature même de l'usage de drogues est caractérisée par des hauts et des bas, ce qui se reflète dans la mise en œuvre et l'utilisation de la prévention et du traitement. Dans la plupart des pays, le travail de proximité et les installations à bas seuil se développent rapidement. La coopération entre le système judiciaire et les secteurs sanitaires et sociaux se développe également, avec la mise en place de programmes de diversion, pour les délinquants consommateurs de drogues, et de projets, pour les consommateurs de drogues emprisonnés.

Le développement d'organismes horizontaux de coordination des drogues au sein des administrations nationales est une évolution nette. Ces groupes coordonnent les stratégies nationales en matière de drogues et renforcent les autorités locales, qui mettent en œuvre des directives politiques et juridiques nationales. La Semaine européenne de prévention des toxicomanies (voir chapitre 3) a manifestement contribué à accroître la coopération en Europe dans le domaine de la prévention. L'Europe améliore toutefois également sa coopération dans d'autres domaines, notamment les partenariats transfrontaliers et l'échange d'expériences.

Information, évaluation et recherche

Harmonisation des indicateurs clés

L'amélioration de la comparabilité des données est une tâche centrale pour l'OEDT. L'Observatoire travaille avec

des experts scientifiques et des partenaires de divers points focaux nationaux (PFN) pour développer cinq indicateurs épidémiologiques clés sur la prévalence et les conséquences sanitaires de l'usage de drogues. Les cinq indicateurs concernent les points suivants:

- enquêtes sur la consommation de drogues, les comportements et les attitudes dans la population en général;
- estimations de la prévalence de la consommation problématique de drogues;
- demande de traitement par les usagers de drogues;
- décès liés à la drogue, mortalité et causes de décès chez les usagers de drogues;
- maladies infectieuses liées à la drogue (VIH, sida, hépatites B et C).

Bien que la nature des normes à mettre en œuvre varie selon l'indicateur, chacun comprendra un ensemble de données de base, des définitions ainsi que des directives méthodologiques pour la collecte de données, l'analyse et la création de rapports.

Les structures de collecte de données, pour chaque indicateur, variant selon les États membres et les PFN eux-mêmes différant considérablement en termes d'expertise et de capacité à influencer la mise en œuvre des normes, la première tâche consistera, pour chaque point focal, à identifier des objectifs réalistes et à mettre en œuvre des plans de travail concrets pour atteindre progressivement ces buts. Il est important que les points focaux établissent des groupes de référence nationaux pour effectuer le travail sur chaque indicateur.

Évaluation et recherche

Même s'il persiste de nombreuses lacunes, les pratiques d'évaluation se sont améliorées dans l'UE. Les «directives pour l'évaluation de la prévention de la drogue» de l'OEDT et la promotion des échanges par les PFN sur le système d'information sur les activités de réduction de la demande de drogues (EDDRA) devraient placer l'évaluation à l'ordre du jour des administrations nationales et des professionnels dans l'ensemble de l'UE.

L'UE prend également davantage au sérieux la recherche sur les drogues. Pour la première fois, les drogues sont spécifiquement incluses dans le cinquième programme-cadre (1998-2002) de la direction générale XII («Science, recherche et développement») de la Commission européenne. Ce programme constitue une excellente opportunité de renforcer la base de connaissances scientifiques nécessaire pour mieux comprendre les problèmes liés aux drogues et développer des preuves de l'impact et de l'efficacité des réponses de la santé publique.

Prévalence, modèles et conséquences de la consommation de drogues

Ce chapitre présente des informations actualisées sur les indicateurs de prévalence de l'usage de drogues, ses conséquences sanitaires, la répression et les marchés de drogues illicites dans l'UE. Il est principalement fondé sur des rapports nationaux fournis par les points focaux nationaux, complétés par des résultats de recherche publiés ou des études scientifiques réalisées par l'OEDT.

Prévalence de l'usage de drogues

Usage de drogues dans la population en général

Des enquêtes menées auprès de la population en général permettent d'estimer l'ampleur et le mode de consommation de différentes drogues illégales dans cette population, les caractéristiques et le comportement des toxicomanes ainsi que les attitudes, envers les drogues, de différentes catégories de la population. Cette méthodologie est utile pour les substances, dont l'usage est relativement courant et non stigmatisé au niveau social, mais est plus limitée pour l'étude de formes plus marginalisées d'usage de drogues.

Il existe des différences de prévalence de l'usage de drogues d'un pays à l'autre, mais les comparaisons directes doivent être effectuées avec prudence, dans la mesure où les variations peuvent résulter de facteurs méthodologiques, tels que les méthodes de collecte des données, la base de sondage utilisée, les tranches d'âge choisies dans les résultats et les différences sociales et culturelles en matière d'usage de drogues. En outre, la proportion relative de la population rurale et urbaine d'un pays peut influencer ses chiffres de prévalence globaux. Pour tenter de réduire ces différences, l'OEDT

développe des directives européennes communes pour les enquêtes de population sur les drogues.

En dépit des différences entre les pays et les méthodes de rapport, certains modèles se dessinent. Le cannabis est la substance illicite la plus fréquemment utilisée dans tous les pays, alors que les autres drogues ont des taux de prévalence nettement inférieurs. Chez les adultes, l'usage du cannabis au cours de la vie varie de 10 % en Finlande à 20 à 30 % au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni. Chez les jeunes adultes, les taux sont plus élevés: de 16 à 17 % en Finlande et en Suède et de 35 à 40 % au Danemark, en Espagne et au Royaume-Uni.

L'usage des amphétamines au cours de la vie, généralement la deuxième substance en termes de prévalence, est révélé par 1 à 4 % de l'ensemble des adultes et par 1 à 5 % des jeunes adultes dans l'UE. L'ecstasy a été expérimentée par 0,5 à 3 % de l'ensemble des adultes européens et par 1 à 5 % des jeunes adultes. Les taux concernant les amphétamines et l'ecstasy sont nettement plus élevés au Royaume-Uni.

La cocaïne a été expérimentée par 1 à 3 % de l'ensemble des adultes et par 1 à 5 % des jeunes adultes en Europe. En Espagne et en France, les taux pour la cocaïne sont plus élevés que pour les amphétamines.

L'usage récent de cannabis (prévalence au cours des douze derniers mois) est révélé par 1 à 9 % de l'ensemble des adultes européens et par 2 à 20 % des jeunes adultes (6 à 10 % dans la plupart des pays). L'usage récent d'autres substances est généralement très faible: 1 % maximum de l'ensemble des adultes et moins de 2 % des jeunes adultes, même si des niveaux plus élevés sont rapportés pour la cocaïne, en Espagne, et les amphétamines ainsi que l'ecstasy, au Royaume-Uni.

Relativement peu d'informations cohérentes sont disponibles sur les tendances, mais des preuves démontrent que l'usage de cannabis a augmenté dans la plupart des pays dans les années 90. Il semble s'être stabilisé ces dernières années dans les pays dont les taux de prévalence sont moyens ou élevés, mais a augmenté dans les pays à faible prévalence.

Usage de drogues dans la population scolaire

La plupart des pays communautaires ont mené des enquêtes nationales auprès de la population scolaire ces dernières années, certains dans le cadre du projet européen d'enquêtes scolaires sur l'alcool et d'autres drogues (ESPAD). Toutefois, les variations concernant les écoles sélectionnées, les tranches d'âge et le contexte social peuvent influencer considérablement les résultats.

Dans la plupart des États membres, le cannabis est la substance illégale la plus couramment utilisée. L'usage au cours de la vie parmi les 15-16 ans varie entre environ 5 % (Portugal et Finlande) et 40 % (Irlande et Royaume-Uni).

Les chiffres concernant l'usage de solvants doivent être interprétés avec prudence. En général, les solvants sont la

deuxième substance la plus couramment utilisée chez les 15-16 ans, d'environ 3 à 4 % (Communauté flamande de Belgique, Espagne et Luxembourg) à 20 % (Royaume-Uni). En Grèce et en Suède, la consommation de solvants est plus fréquente que celle de cannabis.

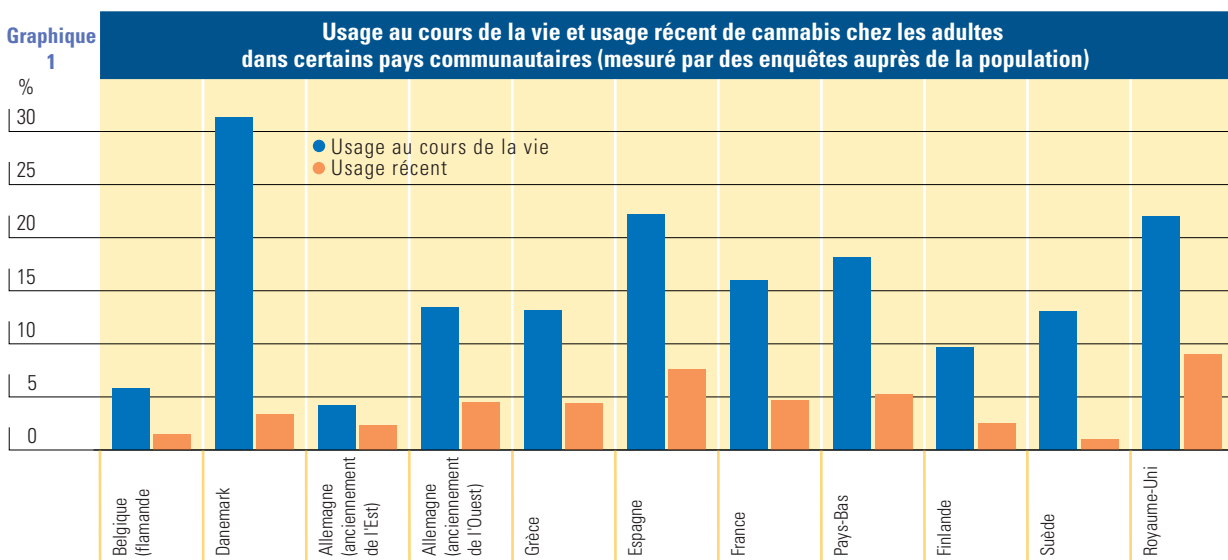
L'usage d'amphétamines est révélé par 1 à 13 % des 15-16 ans (2 à 8 % dans la plupart des cas), celui d'ecstasy, par 1 à 9 % et la consommation de LSD et d'hallucinogènes, par 1 à 10 % (2 à 5 % dans la plupart des cas). L'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni font état de chiffres relativement plus élevés que tous les autres pays pour les amphétamines, les hallucinogènes et l'ecstasy dans cette tranche d'âge.

La cocaïne a été expérimentée par 1 à 3 % de la population scolaire et l'héroïne par moins de 1 %, même si ce chiffre atteint 2 % au Danemark, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni.

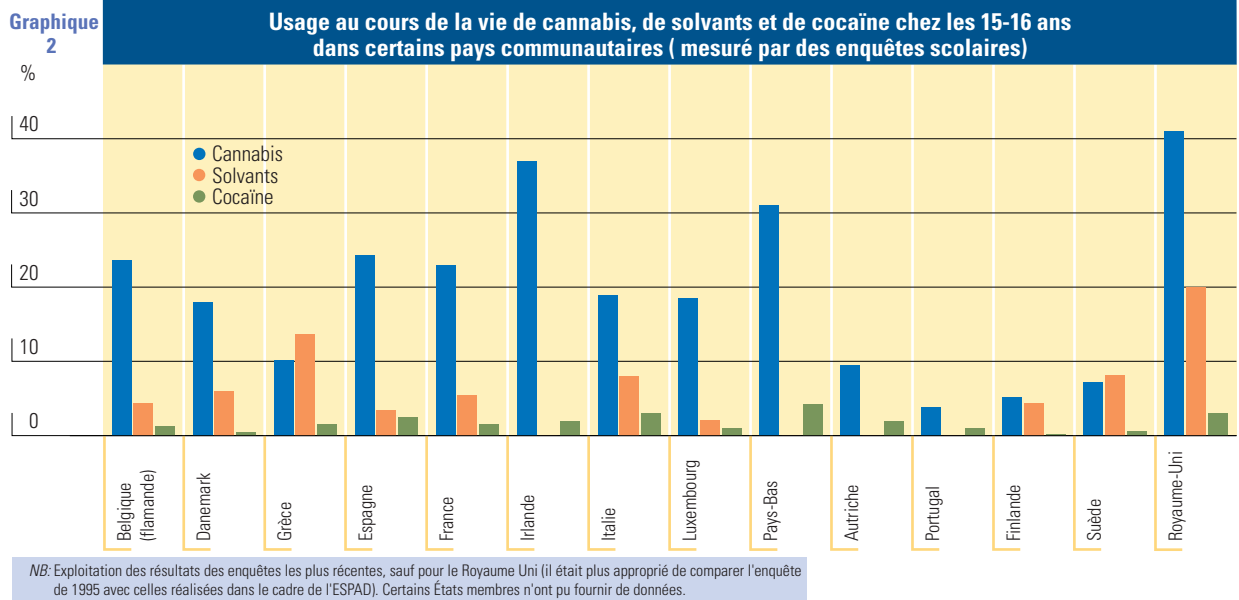
En général, la tendance à la hausse de l'usage de cannabis par les jeunes s'est poursuivie ces dernières années, tout comme l'usage d'amphétamines et d'ecstasy, à un degré moins élevé toutefois. L'usage de cannabis en Finlande et au Royaume-Uni chez les jeunes s'est néanmoins stabilisé, voire réduit.

Estimation de la consommation de drogue à problème

En dépit de l'incidence importante des consommateurs problématiques de drogues, leur nombre est relativement restreint par rapport à celui des toxicomanes consommant du cannabis ou de l'ecstasy principalement de manière récréative. La toxicomanie aux opiacés ou la toxicomanie par voie intraveineuse est généralement



N.B.: Usage au cours de la vie = prévalence au cours de la vie; usage récent = prévalence au cours des douze derniers mois. Exploitation des résultats des enquêtes les plus récentes. Certains États membres n'ont pu fournir de données.



réduite dans la population adulte et presque absente dans la population scolaire. Il faut toutefois noter que l'usage de drogues dures est généralement caché, les toxicomanes craignant d'être stigmatisés s'ils le reconnaissent. Les enquêtes auprès de la population générale ou scolaire ne fournissent donc pas de chiffres de prévalence fiables.

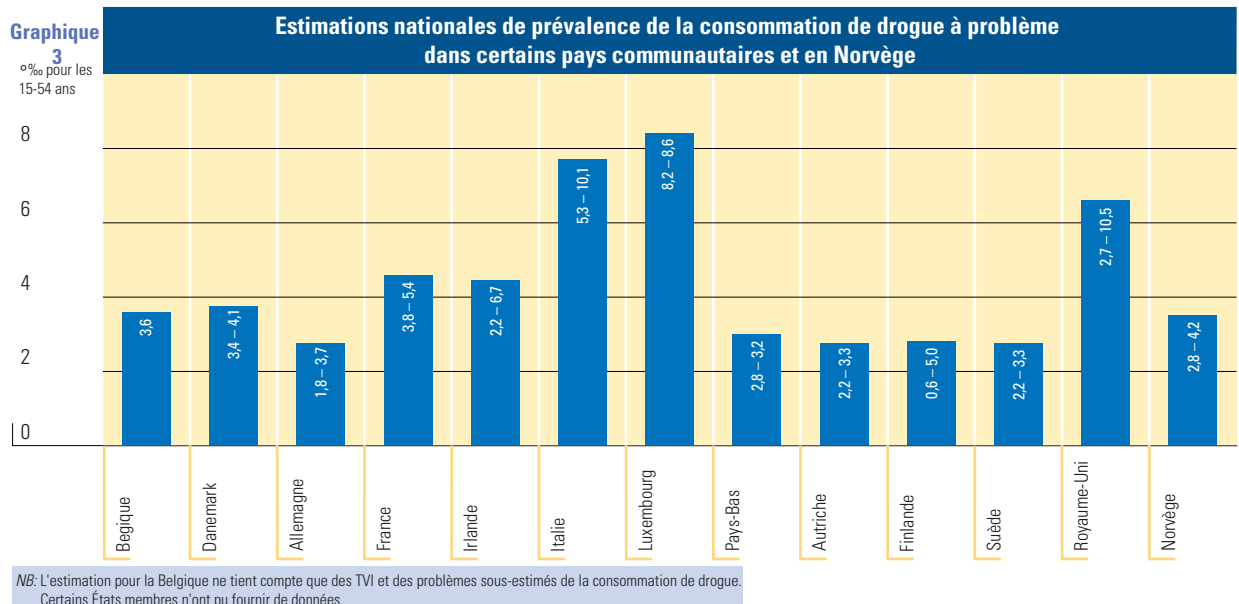
Pour des raisons de méthodologie, d'hétérogénéité nationale ou de manque de données, il est difficile d'obtenir des estimations de prévalence nationales. Les chiffres de prévalence ne doivent donc être interprétés que comme des indications brutes ou des «meilleures estimations».

Des estimations nationales mises à jour sont présentées ici pour les pays qui ont participé à une étude de l'OEDT visant à améliorer les estimations de prévalence au niveau national (voir graphique 3). Jusqu'il y a peu, les

méthodes et définitions variaient fortement. Les termes «toxicomanes aux opiacés» ou «héroïnomanes» étaient utilisés dans certains pays et une définition plus globale de «consommateurs de drogues abusifs» ou «consommateurs de drogues à hauts risques» dans d'autres.

Dans l'étude, tous les pays ont fourni des chiffres en utilisant la même définition de la consommation de drogue à problème: toxicomanie par voie intraveineuse (TVI) ou usage régulier ou de longue durée d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines. Cette définition exclut les consommateurs d'ecstasy et de cannabis ainsi que les consommateurs occasionnels d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines.

En général, la prévalence de la consommation de drogue à problème semble la plus réduite en Allemagne, en



Autriche, en Finlande et en Suède et la plus élevée en Italie, au Luxembourg et au Royaume-Uni. Dans les pays enregistrant une prévalence moyenne, les estimations sont comprises entre trois et cinq consommateurs problématiques de drogues sur 1 000 dans la tranche de la population comprise entre 15 et 54 ans.

Une nouvelle étude de l'OEDT se penche sur les indicateurs sociaux pour estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues à l'aide de techniques de modélisation statistique. Les indicateurs possibles comprennent le chômage, les délits patrimoniaux, la migration, la densité de logement et le statut socio-économique.

Une autre étude de l'OEDT s'est penchée sur la façon d'utiliser l'incidence observée de nouveaux consommateurs de drogues en traitement pour estimer l'incidence réelle de l'usage de drogues à problème.

Un troisième projet de l'OEDT a évalué l'utilisation possible de systèmes d'information géographique (SIG) pour répartir les données ainsi que les estimations relatives à l'usage de drogues et développer des modèles de répartition géographique entre les villes.

Indicateurs de conséquences sanitaires

Demande de traitement

Le nombre d'admissions pour traitement est un autre indicateur indirect utile des tendances en matière de prévalence de la consommation de drogue à problème, bien que les changements concernant la disponibilité des services, les modalités de traitement ou les procédures de rapport doivent être pris en compte. Ces informations peuvent être particulièrement utiles en ce qui concerne la description des caractéristiques et des modèles de consommation de drogues (injection, polytoxicomanie) chez les toxicomanes problématiques et dans l'identification de modèles de recours aux services, ce qui contribue à l'évaluation des besoins des services.

Pratiquement tous les pays communautaires fournissent des informations sur le traitement, mais la collecte de données et la couverture des divers types de centres de traitement varient. De nouveaux services peuvent attirer de nouveaux toxicomanes, accroître le nombre d'admissions pour traitement ou modifier les profils, tels que l'âge, le sexe et le mode d'administration. D'autres caractéristiques, en particulier la proportion d'usagers par injection parmi les patients traités, varient d'un pays à

l'autre. Sur la base du travail précédent, mené par le groupe Pompidou, un nouveau protocole européen commun visant à améliorer la qualité et la comparabilité des informations de demande de traitement a été établi par l'OEDT. Ce protocole sera adopté et encouragé par les deux organisations.

La majorité (70 à 95 %) des admissions pour traitement concernent les opiacés (principalement l'héroïne), bien que dans la Communauté flamande de Belgique, en Finlande et en Suède, ces cas représentent moins de 40 % des admissions. Ce chiffre inférieur peut refléter des différences de méthodologie.

Dans la plupart des pays, la cocaïne est enregistrée comme drogue principale par moins de 10 % des admissions de traitement, même si ce chiffre s'élève à 15 % au Luxembourg et 18 % aux Pays-Bas. Les consommateurs d'héroïne mentionnent fréquemment la cocaïne comme deuxième drogue.

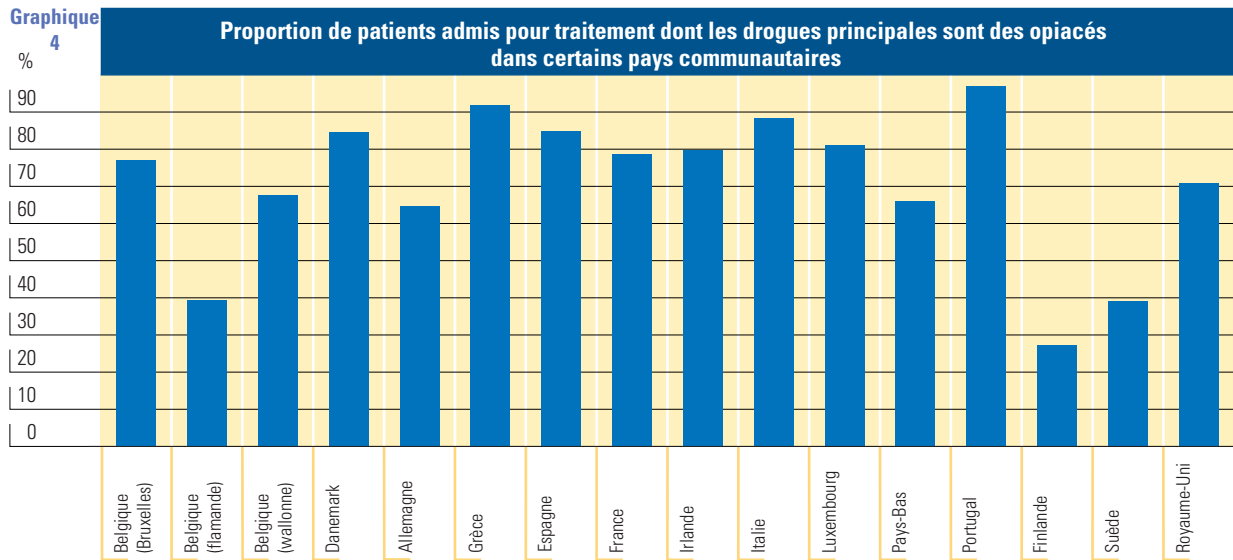
Le cannabis est généralement rapporté comme la drogue principale, de 2 à 10 % des demandeurs de traitement, même si ce chiffre est plus élevé (13 à 22 %) en Belgique, en Allemagne et en Finlande.

Les amphétamines, les stimulants apparentés (comme l'ecstasy) et les hallucinogènes sont généralement les drogues principales de moins de 1 à 2 % des demandeurs de traitement. Toutefois, cette proportion est plus élevée dans la Communauté flamande de Belgique (19 %), en Finlande (48 %), en Suède (20 %) et au Royaume-Uni (9 %).

La prévalence de la toxicomanie par voie intraveineuse est plus répandue chez les consommateurs d'opiacés, allant d'environ 14 % (Pays-Bas) à plus de 80 % (Grèce et Luxembourg). L'injection d'amphétamines est fréquemment rapportée dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni, bien que ce modèle ne soit pas courant dans la plupart des pays.

Dans tous les pays communautaires, les hommes représentent 70 à 85 % des patients admis pour traitement, avec une moyenne d'âge de 25 à 35 ans dans la plupart des cas. Certains pays enregistrent un accroissement de cet âge moyen.

Les informations de traitement disponibles indiquent que, en général, la proportion d'admissions pour traitement pour les opiacés diminue, alors que les cas de traitement pour la cocaïne et le cannabis augmentent, tout en restant à des niveaux inférieurs à ceux des opiacés.



NB: Certains États membres n'ont pu fournir de données.

Récemment, certains pays ont souligné l'augmentation des cas de consommation de cannabis, en particulier chez les patients traités pour la première fois. Toutefois, cette tendance nécessite un examen plus détaillé, d'autres facteurs pouvant également entrer en ligne de compte. La plupart des pays communautaires enregistrent une diminution de la proportion de toxicomanes par voie intraveineuse parmi les consommateurs d'opiacés traités.

Décès liés à la drogue et mortalité des consommateurs de drogues

La mort est une conséquence possible de certaines formes d'usage de drogues, même si le risque varie selon la substance et le mode de consommation. Le nombre de décès directement liés à la drogue (surdoses) est fréquemment utilisé de manière simpliste comme indicateur de la situation d'un pays en matière de drogues.

Les statistiques communautaires sur les décès liés à la drogue font généralement référence aux décès survenant peu après la prise de drogue (connus notamment comme intoxication aiguë, surdose, empoisonnement ou décès dû à la drogue), et ce, alors que d'autres types de décès doivent également être pris en compte. Il est impossible de comparer directement les statistiques nationales en raison des différences dans la prévalence de l'usage de drogues et des méthodes ainsi que des définitions utilisées pour enregistrer les cas. L'OEDT collabore avec Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé pour fournir des directives standard pour la transmission de résultats des registres judiciaires/policiers et de mortalité généraux.

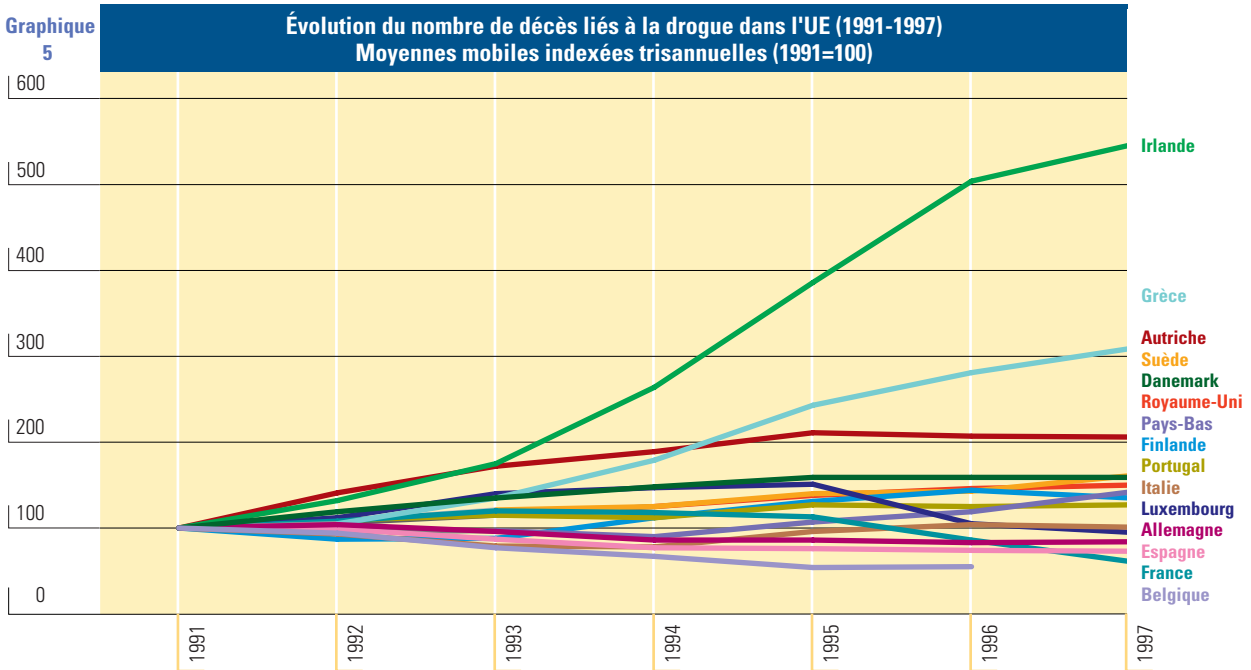
Dans de nombreux pays communautaires, le nombre de

décès liés à la drogue s'est stabilisé ou a même diminué après des augmentations marquées à la fin des années 80 et au début des années 90, même si cette hausse s'est poursuivie jusqu'il y a peu dans certains pays.

La plupart des décès par intoxication aiguë impliquent des opiacés, bien que, souvent, l'alcool et les benzodiazépines soient également présents. Les décès liés directement et uniquement à la cocaïne ou aux amphétamines sont rares. Les décès liés à l'ecstasy ou à des substances similaires, bien qu'ils soient généralement entourés d'une grande publicité, sont relativement peu nombreux.

Outre les statistiques nationales sur les décès liés à la drogue, le risque de mortalité, associé à certains modèles de consommation de drogues, peut être évalué en suivant des groupes de consommateurs de drogues et en contrôlant leur mortalité (études de cohortes). Les consommateurs problématiques de drogues présentent un risque de mortalité beaucoup plus élevé que la population générale, en raison d'un grand nombre de causes, qui ne se limitent pas à l'intoxication aiguë. Les études indiquent que les consommateurs d'opiacés par voie intraveineuse présentent un risque vingt à trente fois supérieur de décès par surdose, d'infection par le VIH, d'accident et de suicide que les non-consommateurs de drogues du même âge. La mortalité chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse a augmenté en raison de la propagation du virus VIH, alors que les toxicomanes utilisant d'autres substances psychoactives ou par d'autres voies présentent un risque de mortalité nettement moindre.

Pour améliorer la comparabilité des résultats dans différentes régions communautaires, l'OEDT a développé un



NB: Ce sont des tendances et non des données chiffrées qui sont représentées ici, car les chiffres absolus ne peuvent être directement comparés entre les pays. La tendance sensible à la hausse observée les années passées en Irlande peut être pour une part liée à l'insuffisance des rapports effectués précédemment.

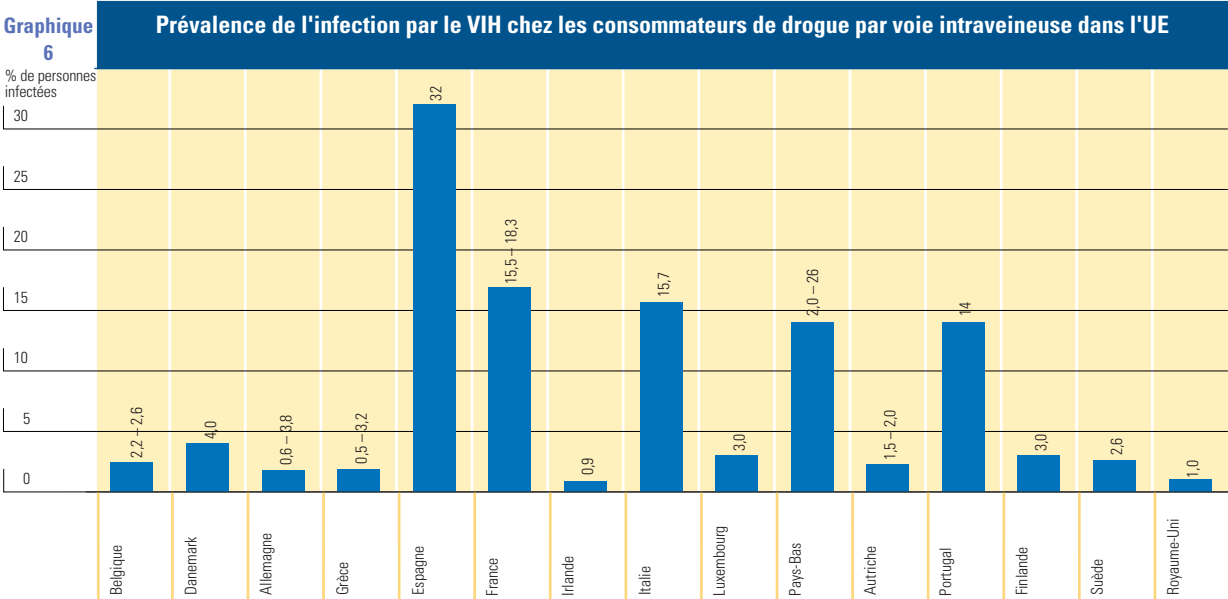
protocole standard pour effectuer des études de mortalité de cohortes chez les consommateurs de drogues recrutés dans des centres de traitement.

Maladies infectieuses liées à la drogue

Les maladies infectieuses, comme le VIH et les hépatites B et C, ont atteint une prévalence élevée chez les TVI. Il existe toutefois des différences considérables d'un pays à l'autre en termes de taux de prévalence de l'infection par le VIH, de 1 % en Angleterre, en Irlande et au pays de Galles à 32 % en Espagne (voir graphique 6). Des différences de prévalence sont également enregistrées au sein même des pays, entre les différentes régions et villes. La prévalence semble diminuer lentement dans certains

pays (France, Italie), mais pas dans d'autres (Espagne). Même dans les pays où la prévalence reste stable, la transmission se poursuit probablement parmi les TVI. L'épidémie de VIH est désormais entrée dans une phase stable (endémique) dans la plupart des pays d'Europe occidentale.

Les taux d'incidence pour le sida varient également fortement d'un pays à l'autre et, en général, continuent à diminuer (voir graphique 7). Cette situation est probablement due à l'augmentation permanente de la prise de nouveaux traitements combinés par les TVI, qui retardent l'apparition du sida. Dans certains pays (Portugal), le sida ne diminue pas, ce qui semblerait indiquer une difficulté



VIH, hépatite C et comportement à risque chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse en prison (%)

Emplacement de la prison	TVI infectés par le VIH	TVI infectés par le VHC	TVI ayant échangé du matériel lors de la dernière injection hors de la prison dans les quatre semaines précédentes	TVI s'injectant en prison	TVI ayant commencé à s'injecter en prison
Belgique (1 site)	0	38,5	47	35 (10*)	15
Allemagne (1 site)	1,4	14,4	n.d.	36 (18*)	9
Espagne (1 site)	23,4	n.d.	32	79	10
France (3 sites)	13,3	53,2	34	37 (29*)	7
Italie (3 sites)	16,1	64,2	32	25	6
Portugal (3 sites)	28,1	61,9	49	57	5
Suède (9 sites)	2,6	57,6	30	64	5

n.d. = non disponible.
 (*) Les chiffres inscrits entre parenthèses correspondent au pourcentage de TVI s'étant fait une ou plusieurs injections au cours des quatre semaines précédentes.
 Source: European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prison (réseau européen sur la prévention du VIH/sida et de l'hépatite en prison), «Annual report to the European Commission» (Rapport annuel de la Commission européenne), mai 1998.

d'accès au traitement VIH. La proportion de TVI dans l'ensemble des cas de sida varie considérablement d'un pays à l'autre, ce qui illustre la variation de l'importance relative des TVI dans l'épidémie de sida. Le suivi du sida devient moins utile en tant qu'indicateur de la portée de l'infection par le VIH qu'en tant qu'indicateur de prise de traitement. Le rapport centralisé des cas de VIH connus est désormais considéré en Europe comme le complément des rapports sur le sida existants.

Pour contribuer à lutter contre l'infection, des seringues sont aisément disponibles dans la plupart des pays (sauf en Finlande et en Suède), de même que des préservatifs ainsi que des tests et des conseils sur le VIH. Un traitement de substitution, qui réduit le risque d'infection, existe également dans tous les pays, principalement par la prise de méthadone par voie orale.

De nombreuses études chez les TVI révèlent une prévalence plus élevée de maladies infectieuses chez ceux qui n'ont jamais été détenus.

L'infection par l'hépatite C présente des taux de prévalence plus élevés et plus similaires dans l'ensemble de l'UE que l'hépatite B, généralement compris entre environ 50 % et plus de 90 %, même dans les pays à faibles taux d'infection par le VIH, comme la Grèce (voir graphique 8). Pendant des années, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) n'a pas semblé suivre le déclin observé par le VIH. Plus récemment, la prévalence du VHC a pu diminuer au Royaume-Uni, ce qui suggère une

influence des mesures de réduction des risques sur la transmission de ce virus. Par ailleurs, un passage local de 89 à 95 % est enregistré par le service d'urgence des drogues de Francfort en Allemagne.

Indicateurs d'application de la loi

«Arrestations» policières pour des infractions liées à la drogue

Les seules données systématiquement disponibles pour les interventions d'application de la loi font référence aux infractions à la législation nationale en matière de drogues (trafic, possession, usage et autres), qui reflètent la législation, les procédures d'enregistrement et les priorités ainsi que les ressources policières des différents États membres. En raison de la difficulté de comparaison directe des données, la priorité est accordée aux tendances dans le temps.

Le nombre d'arrestations pour des infractions liées à la drogue augmente régulièrement depuis le milieu des années 80 dans l'UE: il a doublé au Danemark, en Italie, au Luxembourg et en Suède et a été multiplié par plus de six en Belgique, en Grèce, en Espagne, au Portugal et en Finlande (pour obtenir des définitions des «arrestations» pour infractions liées à la drogue dans chaque État membre, consultez la version extensive de ce présent Rapport). Dans ces derniers pays, en Italie et aux Pays-Bas, cette tendance s'est accélérée ces dernières années.

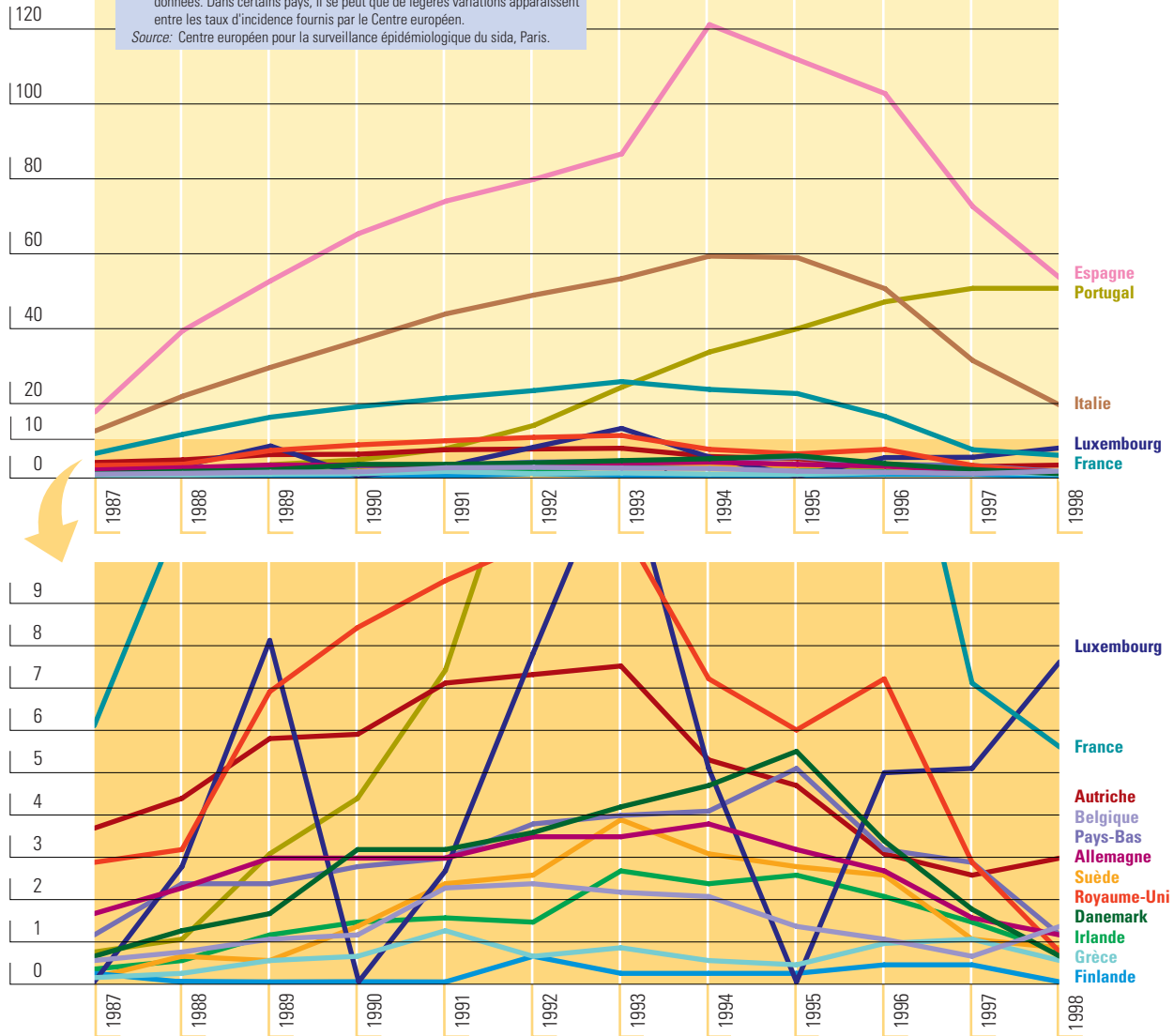
Graphique 7

Taux d'incidence par million d'habitants

Incidence du sida chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans l'UE au 31 décembre 1998

NB: Les chiffres pour 1996-1998 sont ajustés du fait de retards de transmission de données. Dans certains pays, il se peut que de légères variations apparaissent entre les taux d'incidence fournis par le Centre européen.

Source: Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida, Paris.

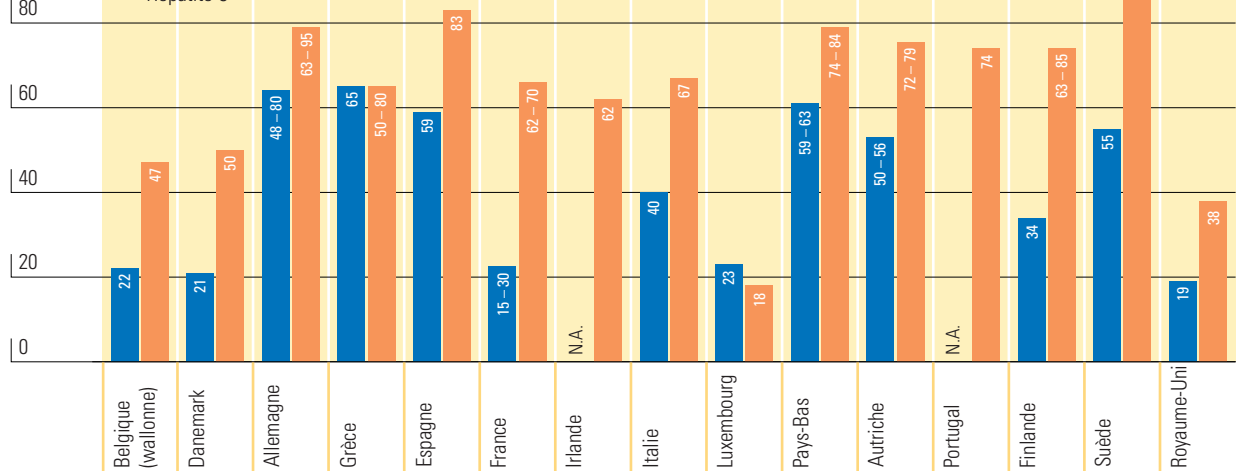


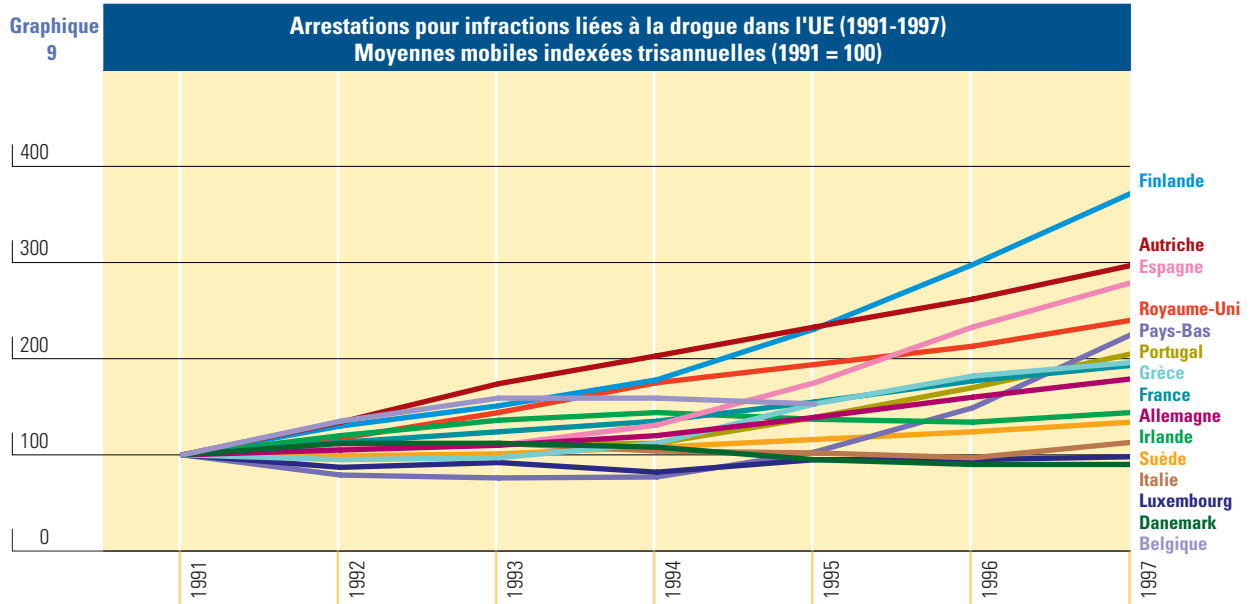
Graphique 8

% de personnes infectées

Anticorps aux virus de l'hépatite B et C chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans l'UE

● Hépatite B
● Hépatite C





Au Danemark, en Irlande et au Luxembourg, le nombre d'arrestations liées à la drogue s'est stabilisé.

Dans dix États membres, le cannabis est la principale drogue impliquée dans 46 à 85 % des arrestations. Au Luxembourg et au Portugal, l'héroïne est la drogue prédominante, tandis qu'aux Pays-Bas, il s'agit des drogues «dures» et, en Suède, des amphétamines.

Les infractions liées à l'usage restent prédominantes, allant de 61 % au Portugal à plus de 85 % en Autriche et en Suède. Dans l'ensemble des pays, à l'exception de la Belgique et de l'Irlande, où elle diminue, la proportion d'infractions liées à la drogue augmente ou reste stable.

Le taux d'arrestations liées à la drogue pour 1 000 habitants varie entre 0,4 et plus de 2,5. L'unité statistique (infraction, personne et arrestation) variant d'un pays à l'autre, les comparaisons doivent être effectuées avec prudence.

Usage de drogues en prison

Les informations nationales sur l'usage de drogues en prison restent très limitées et les données fiables sont rares.

Les délinquants en matière de drogues dans les prisons communautaires constituent 15 à 50 % de l'ensemble de la population carcérale. Dans plus de 75 % des cas, la principale infraction est liée à la vente ou au trafic.

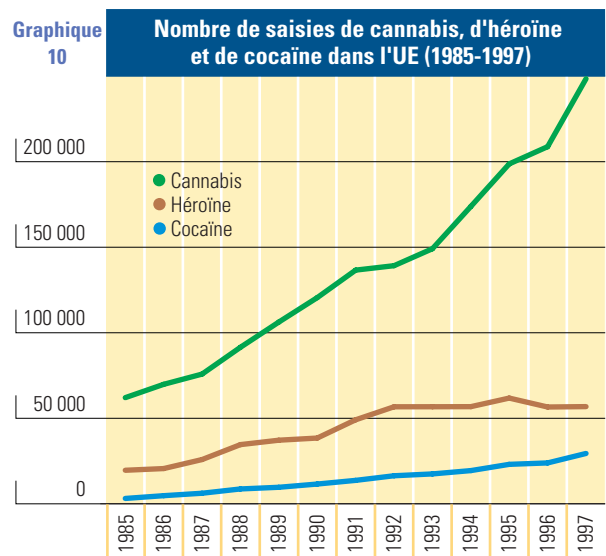
Les données sur les consommateurs de drogues en prison utilisent diverses définitions et ne peuvent donc être comparées directement. L'usage de drogues est rapporté pour 30 à 90 % des prisonniers, alors que la consommation de drogue à problème n'en concerne que 10 à 45 %.

Indicateurs du marché des drogues

Saisies de drogue, prix et pureté

Le cannabis représente un nombre de saisies plus important que toute autre drogue. La quantité totale de cannabis saisie a augmenté rapidement jusqu'en 1995, mais elle s'est depuis lors stabilisée, les plus grandes saisies ayant été faites en Espagne en 1998. Dans la plupart des pays, le nombre de saisies augmente toujours, contrairement aux quantités saisies. Le prix du cannabis semble stable, voire en baisse.

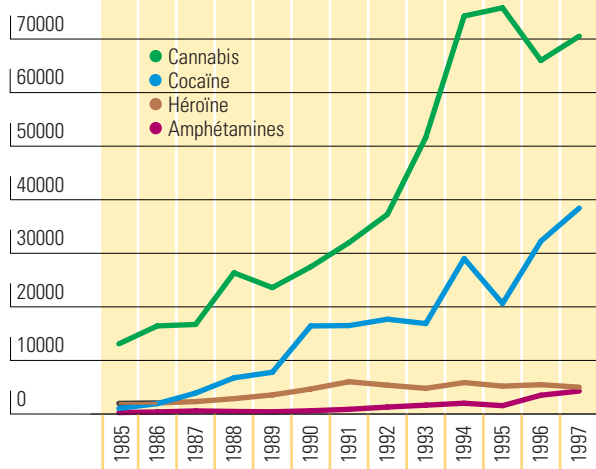
Après un pic en 1991, les quantités d'héroïne saisies ont varié entre 5 et 6 tonnes. Depuis 1995, le Royaume-Uni a saisi les plus grandes quantités, qui représentent pratique-



NB: Aucune donnée disponible pour la Grèce et les Pays-Bas. Le nombre de saisies opérées en 1996 et en 1997 est inférieur à la réalité, les données relatives à la Belgique faisant défaut.

ment la moitié de la quantité totale saisie dans l'UE en 1997. Dans l'ensemble, le nombre total de saisies a augmenté jusqu'en 1992 et s'est désormais stabilisé, bien que des réductions manifestes aient été enregistrées ces trois dernières années dans certains pays et des augmentations marquées dans d'autres. La quantité moyenne d'héroïne par saisie au niveau communautaire est restée stable depuis la moitié des années 80 (entre 60 et 80 g environ). Le prix de l'héroïne dans la rue est stable dans la plupart des pays et le degré de pureté devrait se situer entre 10 et 50 %.

Graphique 11 Quantités de cannabis, d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines saisies dans l'UE (1985-1997)

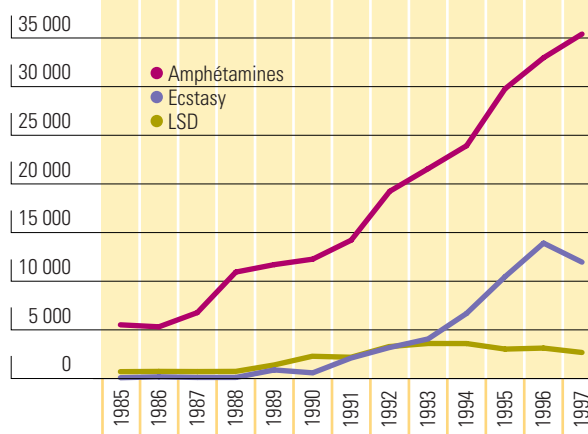


NB: La quantité d'amphétamines saisie en 1997 est sous-estimée, les données relatives à la Belgique et aux Pays-Bas n'étant pas disponibles.

Les quantités de cocaïne saisies ont enregistré un pic de 38 tonnes en 1997, les saisies les plus importantes étant faites la même année en Espagne. Les données disponibles pour 1998 semblent indiquer que la quantité de cocaïne saisie dans l'UE a diminué, en particulier en Espagne. Le nombre de saisies augmente toutefois régulièrement. La quantité moyenne de cocaïne, saisie au niveau communautaire, est beaucoup plus élevée que celle d'héroïne et est passée d'environ 250 g à plus de 1 kg par saisie entre 1985 et 1997. Le prix de la cocaïne dans la rue est relativement stable dans la plupart des pays qui ont fourni des données, et le degré de pureté au détail est compris entre 50 et 70 %, même si la Grèce

enregistre un degré de pureté de 5 à 10 % chez les toxicomanes.

Graphique 12 Nombre de saisies d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD dans l'UE (1985-1997)



NB: Aucune donnée disponible pour la Grèce et les Pays-Bas. Le nombre de saisies opérées en 1996 et en 1997 est sous-estimé, les données relatives à la Belgique étant manquantes. Le nombre de saisies d'ecstasy opérées entre 1985 et 1994 est surestimé, les saisies de LSD étant également prises en compte pour l'Espagne.

Le nombre de saisies d'amphétamines et les quantités saisies dans l'UE augmentent depuis 1985, avec une accélération depuis le début des années 90. La quantité d'ecstasy saisie a augmenté considérablement entre 1987 et 1996, avant de diminuer de moitié en 1997, ce qui est dû pour plus de 75 % à des saisies au Royaume-Uni. Après une tendance haussière constante, le nombre de saisies d'ecstasy a diminué ou s'est stabilisé dans la plupart des pays en 1997 et en 1998. Les données sur les saisies de 1998 semblent confirmer que, en dépit d'une inquiétude croissante concernant l'ecstasy ces dernières années, les amphétamines dominent en fait de façon croissante le marché des drogues synthétiques.

Une réduction récente du prix des amphétamines et de l'ecstasy est enregistrée. Le degré de pureté des amphétamines semble être entre 10 et 100 %. La pureté et la composition des pilules vendues sous le nom d'ecstasy varient considérablement.

Les saisies de LSD sont moins courantes que celles d'amphétamines ou d'ecstasy. Depuis 1993-1994, elles se sont stabilisées ou ont diminué dans tous les États membres, à l'exception de l'Autriche où elles n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 1997.

Réponses établies sur l'abus de drogues dans l'UE

Semaine européenne de prévention des toxicomanies

Cannabis: évolution et réponses

Drogues synthétiques: développements et réponses

Semaine européenne de prévention des toxicomanies

La prévention de la drogue, qui est déjà l'une des priorités de l'UE, a été encouragée par le lancement de la troisième Semaine européenne de prévention (SEDP) des toxicomanies du 16 au 22 novembre 1998 sous la présidence autrichienne du Conseil européen. La manifestation a mis l'accent sur divers projets et initiatives dans l'UE, ainsi que dans les pays non membres participants, tels que la Norvège.

Le principal objectif de la Semaine européenne de prévention des toxicomanies consiste à renforcer la coopération au niveau européen sur les aspects sanitaires du phénomène de la drogue, à souligner les activités de prévention à long terme dans les États membres et à sensibiliser le public au problème.

Depuis la première Semaine européenne de prévention des toxicomanies en 1992, cette semaine a contribué à renforcer la coopération entre les professionnels impliqués dans la prévention de la drogue, en particulier dans les services sanitaires, éducatifs et sociaux, les services d'aide à la jeunesse et les agences d'application de la loi, entre les États membres et en leur sein.

Prévention et événements politiques

La semaine de 1998 a été la première organisée dans le contexte du programme d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie (1996-2000). Pour la première fois, les nouveaux États membres (Autriche,

Finlande et Suède) ont participé, ainsi que la Norvège, pays non membre. Le thème était la multidisciplinarité, la sensibilisation de la société et l'intensification des partenariats de travail.

La Semaine européenne de prévention des toxicomanies, organisée pendant la présidence autrichienne de l'UE, a commencé par une conférence à Vienne, à laquelle ont participé 300 experts et hommes politiques de tous les États membres ainsi que des représentants du Liechtenstein, de Norvège et d'Europe centrale et orientale. La conférence, conçue comme un forum d'échange d'informations et de bonnes pratiques, a abordé les moyens de coordonner les stratégies de prévention de la drogue aux niveaux local, national et européen et de coopérer à ce niveau et s'est penchée sur les politiques sanitaires et sociales, les problèmes de l'éducation et de la jeunesse, les politiques de sécurité, les politiques régionales et locales ainsi que les relations publiques.

Les délégués ont conclu qu'il restait encore beaucoup à faire pour améliorer la qualité et la comparabilité des données sur le phénomène de la drogue dans l'UE et au niveau mondial. Ces informations contribueraient considérablement à définir des stratégies actuelles et nouvelles.

Une campagne communautaire, «Parler, c'est faire le premier pas», a souligné l'importance du dialogue dans la prévention de la drogue. La campagne était principalement orientée vers les adultes en contact permanent avec les jeunes, notamment les parents, les professeurs, les

animateurs de jeunesse, les instructeurs et les entraîneurs sportifs.

La campagne médiatique comprenait une publicité télévisée en dix-huit langues, une publicité radiophonique en six langues, une affiche en dix-neuf langues, une brochure en treize langues, une annonce dans la presse en douze langues et un communiqué de presse en dix-huit langues.

Dans les États membres, plus de 1 000 initiatives ont été lancées aux niveaux communautaire, national, régional et local, auxquelles la Commission a contribué à concurrence d'environ 950 000 euros. Les États ont eu tendance à incorporer la semaine de prévention dans leurs stratégies nationales annuelles de prévention de la drogue et l'ont utilisée pour attirer l'attention du public sur les projets à long terme. Certains États membres ont organisé des débats sur les stratégies de prévention nationales existantes et sur les nouvelles approches de la prévention pendant la SEDP.

Les jeunes et les animateurs de jeunesse, les familles, les professionnels du domaine, les hommes politiques et les médias étaient tous ciblés par les activités de la Semaine européenne de prévention des toxicomanies. Certains États membres ont également identifié d'autres groupes, tels que les minorités ethniques, les consommateurs de drogues et les très jeunes enfants. Par exemple, en France, 39 des 46 projets étaient orientés vers les jeunes et ont touché 18 000 personnes. En Autriche, pendant les «Summer Talks '98», des experts autrichiens, allemands et hongrois ont évoqué diverses possibilités de prévention de la drogue pour les enfants de trois à six ans et une conférence sur la prévention de la drogue dans les écoles maternelles a été organisée par le centre d'information viennois sur la prévention de la toxicomanie.

Outre les conférences, les séminaires et les cours de formation, tous les États membres ont organisé des activités encourageant le dialogue avec les jeunes, améliorant la sensibilisation et renforçant l'estime de soi. Un grand nombre de manifestations artistiques et culturelles (musique, théâtre, danse, jeux, photographie, films et vidéo) ont été organisées dans l'UE.

Les approches d'égal à égal ont été soulignées dans la plupart des États membres pour des problèmes tels que la communication entre les jeunes, l'alcool et les drogues.

De nouveaux supports, en particulier, Internet, mais aussi les CD-ROM, les groupes de conversation et la vidéo, ont également joué un rôle pendant la Semaine européenne de prévention des toxicomanies, fournissant des informations de prévention et de réduction des risques et évaluant les connaissances et les attitudes envers les drogues.

Chaque État membre a répondu de façon différente au défi présenté par le renforcement du partenariat et des approches interdisciplinaires. Les Pays-Bas ont créé un comité directeur national de représentants du gouvernement et d'ONG responsables de la prévention de la drogue pour rédiger et mettre en œuvre des programmes nationaux conformes aux directives de la Commission européenne. D'autres initiatives des États membres ont tenté d'accroître la visibilité des efforts de prévention de la drogue en ciblant les personnes qui travaillent avec les jeunes, les structures déjà actives dans la prévention de la drogue ainsi que le grand public et en les encourageant à coopérer.

Suivi

La Commission européenne évalue actuellement la Semaine européenne de prévention des toxicomanies et d'autres activités mises en œuvre dans le cadre du programme d'action communautaire concernant la prévention de la toxicomanie (1996-2000). L'évaluation globale du programme d'action est réalisée avec le soutien de l'Association des écoles de santé publique de la région européenne (Aspher).

La méthodologie d'évaluation vise à garantir l'obtention d'informations normalisées de la part des États membres sur la semaine. Pour ce faire, la Commission a fourni à tous les coordinateurs nationaux un questionnaire de rapport produit par l'OEDT pour son système d'informations sur les actions de réduction de la demande de drogues (EDDRA). L'OEDT a également fourni à la Commission et aux coordinateurs nationaux ses directives pour l'évaluation de la prévention de la drogue à des fins de distribution aux chefs de projet. Cet outil vise à promouvoir l'évaluation des activités préventives et à guider les chefs de projet lors de la conception des activités et de l'évaluation connexe.

Leçons tirées de la Semaine européenne de prévention des toxicomanies

Bien que l'évaluation finale par la Commission européenne des événements de la Semaine européenne de prévention des toxicomanies dans l'ensemble des pays participants reste à finaliser, il est d'ores et déjà possible de faire quelques observations concernant la manifestation de 1998. Des informations provenant des rapports nationaux des points focaux nationaux Reitox ont permis de souligner certains des éléments clés de la semaine.

- Les Semaines européennes de prévention de la drogue sont des outils efficaces pour promouvoir les activités de prévention communautaires et nationales. Les manifestations contribuent à encourager et à promouvoir l'échange d'informations sur les bonnes pratiques dans la prévention au niveau européen.
- L'organisation de la Semaine de 1998 a souligné les avantages de la coordination au niveau communautaire, tout en aidant les agences nationales à collaborer dans un contexte européen plus large.

- La campagne médiatique européenne a eu une incidence, mais elle aurait pu tirer profit d'un message spécifique et commun de prévention de la drogue, comme lors des Semaines européennes de lutte contre le cancer.

- Compte tenu des difficultés rencontrées par certains chefs de projet, lors du développement des composantes européennes de leurs initiatives, un soutien à un stade précoce devrait être envisagé pour la prochaine Semaine européenne de prévention des toxicomanies, afin de faciliter le développement de projets à dimension européenne axés sur un thème commun défini au niveau européen.

- L'utilisation des outils de rapport de l'OEDT permettra une présentation normalisée des activités des Semaines. Toutefois, la procédure d'évaluation n'a pas été entamée suffisamment tôt et la fin des rapports prendra encore du temps.

Cannabis: évolution et réponses

Le cannabis est la drogue illicite la plus répandue en Europe. Pendant les années 90, l'ampleur et les modèles de consommation et de disponibilité du cannabis ont évolué, les problèmes sanitaires et sociaux liés au cannabis et les réponses appropriées sont en cours de réexamen, et les débats se sont intensifiés sur le statut juridique et les utilisations médicales possibles du cannabis.

Cannabis, marijuana et haschisch

La plante «cannabis sativa» contient la substance psychoactive delta9-tétrahydrocannabinol (THC), le principal ingrédient psychoactif de la drogue «cannabis». «Marijuana» est un autre nom désignant la même plante, généralement utilisé pour faire référence à ses feuilles séchées et à ses fleurs. La résine extraite des bourgeons et des fleurs de la plante de cannabis est appelée haschisch, dont peut être extraite l'huile de haschich. Les termes «cannabis», «marijuana» et «haschisch» sont très répandus, parfois sans différenciation.

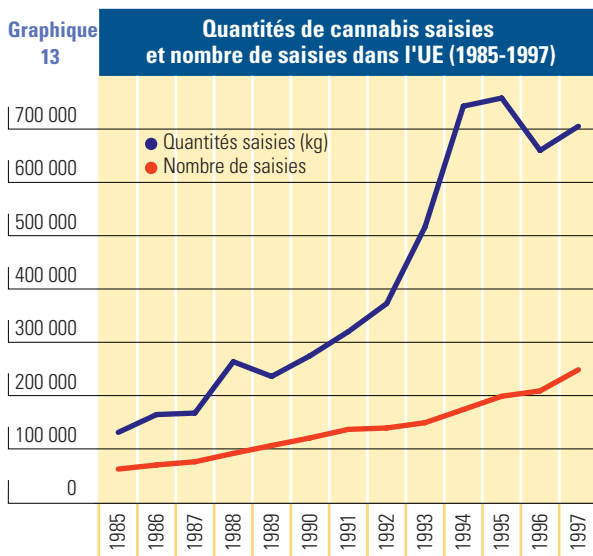
Les extraits de cannabis (marijuana, haschisch et huile) sont classifiés comme stupéfiants, en vertu du tableau 1 de la convention unique des Nations unies de 1961 sur

les stupéfiants. Cette convention stipule des mesures de contrôle strictes pour la production, le commerce, la possession ou l'usage de stupéfiants, à l'exception des quantités nécessaires pour la recherche médicale ou scientifique. Ces obligations sont renforcées par la convention des Nations unies de 1988 sur le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

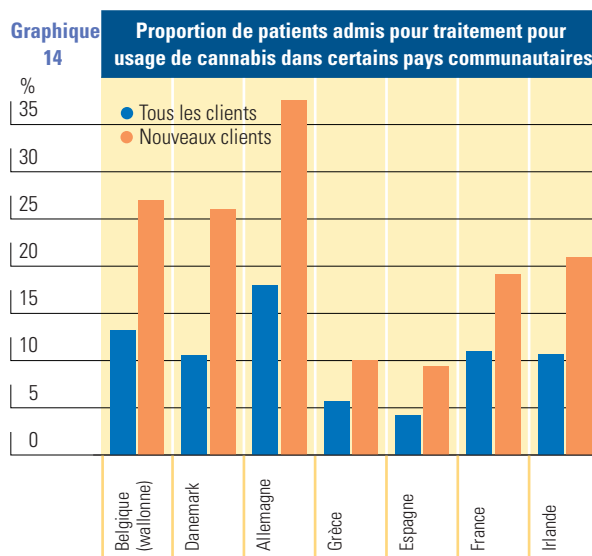
Les États membres appliquent les conventions des Nations unies en fonction de leur situation locale ou régionale. Certains pays ou régions tolèrent certaines formes de possession et de consommation, d'autres imposent des sanctions administratives ou des amendes et d'autres encore des sanctions pénales.

En dépit de ces approches juridiques différentes du cannabis, au stade des poursuites, une tendance commune semble être observée dans les États membres: le développement d'une gamme d'autres mesures en cas de possession de petites quantités de cannabis pour usage personnel et sans circonstances aggravantes.

Les amendes, les cautions, la probation, l'exemption de sanction et le conseil sont les réponses les plus courantes des systèmes judiciaires européens aux infractions liées au cannabis. Dans le même temps, toutefois, les arresta-



NB: Aucune donnée disponible pour la Grèce et les Pays-Bas. Le nombre de saisies effectuées en 1996 et en 1997 est inférieur à la réalité, les données relatives à la Belgique étant manquantes.



NB: Pour le Danemark, la comparaison est faite entre les «nouveaux patients» et les «anciens patients».

tions policières pour des infractions liées à la drogue, en particulier pour le cannabis et les infractions liées à l'utilisation, augmentent dans plusieurs pays.

Seules des études spécifiques, analysant les données des forces de police et des procureurs, de façon plus détaillée, permettraient de mieux comprendre l'application pratique de la politique en matière de drogues en rapport au cannabis.

Modèles de consommation

Des études récentes suggèrent que plus de 40 millions de personnes dans l'UE ont consommé du cannabis. En moyenne, un adolescent de 15-16 ans sur cinq et au moins une personne sur quatre dans la tranche 15-34 ans ont expérimenté le cannabis.

Des différences considérables subsistent d'un pays à l'autre en ce qui concerne l'ampleur de l'usage du cannabis, mais les niveaux de prévalence donnent certaines indications de convergence. Dans les pays à prévalence plus élevée, la tendance semble être à la stabilité ou à la baisse, après des hausses dans les années 90. Dans les pays à plus faible prévalence, l'usage augmente.

Dans la majeure partie de l'UE, l'usage du cannabis n'est associé à aucun contexte ou groupe social ou récréatif particulier. De nombreux États membres semblent constater une tendance à considérer l'usage de cannabis comme normal ou banal plutôt que déviant. Les consommateurs de cannabis ne peuvent toutefois être considérés comme un groupe homogène et différents modèles de consommation sont signalés. Par exemple, en Allemagne,

Cannabis et conduite

Un examen de la littérature scientifique sur les drogues et la conduite commandé par l'OEDT a révélé que les preuves concernant le danger du cannabis pour la conduite et son accroissement du risque d'accidents de la route étaient peu probantes.

Les études expérimentales ne sont pas totalement cohérentes, certaines ne détectant aucune conséquence significative pour la perception et d'autres soulignant une certaine baisse d'attention et de la mémoire à court terme, bien que ces effets soient généralement observés à des doses plus importantes.

Dans certaines études sur le terrain ayant testé les fluides corporels de conducteurs impliqués dans des accidents, le cannabis s'est avéré relativement prévalent, mais ces tests pouvant avoir des résultats positifs jusqu'à un mois après la consommation de cannabis, il est possible qu'ils ne constituent pas une mesure fiable dans ce cas.

L'interprétation de la contribution causale du cannabis aux accidents de la route est encore compliquée par la présence concurrente d'autres drogues, en particulier l'alcool. Certaines études suggèrent que le cannabis ne semble pas représenter un grand risque pour les conducteurs, dans la mesure où il s'est avéré que les conducteurs, sous l'influence du cannabis, conduisent plus prudemment.

les consommateurs de cannabis vivent généralement discrètement et sans gros problèmes, bien que, ces dernières années, on ait constaté une augmentation marquée du nombre de patients commençant des traitements pour des problèmes liés au cannabis dans des centres de soins ambulatoires.

Saisies

Les quantités de cannabis saisies chaque année dans l'UE sont restées stables depuis 1994, bien que le nombre de saisies augmente régulièrement. La disponibilité reste importante dans la majeure partie de l'Union et le marché du cannabis semble caractérisé par des prix relativement stables. Le cannabis saisi dans l'UE provient principalement du Maroc, même si de plus petites saisies proviennent de l'Afghanistan, du Liban et du Pakistan. L'Espagne et les Pays-Bas sont fréquemment signalés comme des pays de transit pour le cannabis importé dans l'UE.

Les feuilles de marijuana saisies dans l'UE proviennent principalement de Colombie, du Nigeria, d'Afrique du Sud et de Thaïlande. Le cannabis est également cultivé au niveau national dans pratiquement tous les États membres, et ce, bien qu'il existe peu de preuves d'un trafic à grande échelle.

Puissance

Dans certains pays, une variété de graines de cannabis sélectionnée (indica) est spécifiquement adaptée à la culture en intérieur et produit des plantes touffues et des fleurs de grande qualité. Une grande partie des nouvelles souches semblent avoir été développées à partir de plantes de l'Himalaya, tandis que le cannabis produit au niveau domestique utilisait précédemment des graines fournissant de plus grandes plantes, provenant d'Afrique, des Caraïbes et d'Extrême-Orient.

Certains pays font état d'un accroissement de la puissance du cannabis, en particulier de l'herbe de cannabis (marijuana), ces dernières années et les agences d'application de la loi, notamment, ont exprimé leur inquiétude à cet égard. Les données limitées disponibles auprès des points focaux nationaux relèvent une teneur en THC du cannabis entre 5 et 11 % en Allemagne, 6 et 9 % aux Pays-Bas ainsi que 2 et 14 % au Royaume-Uni. Dans certains cas, une puissance plus élevée est signalée,

mais les résultats n'indiquent pas toujours s'il s'agit de haschisch, de marijuana ou d'huile. D'autres suggèrent que la marijuana contient 0,5 à 5,0 % de THC, le haschisch 2 à 20 % et l'huile de haschisch 15 à 50 %.

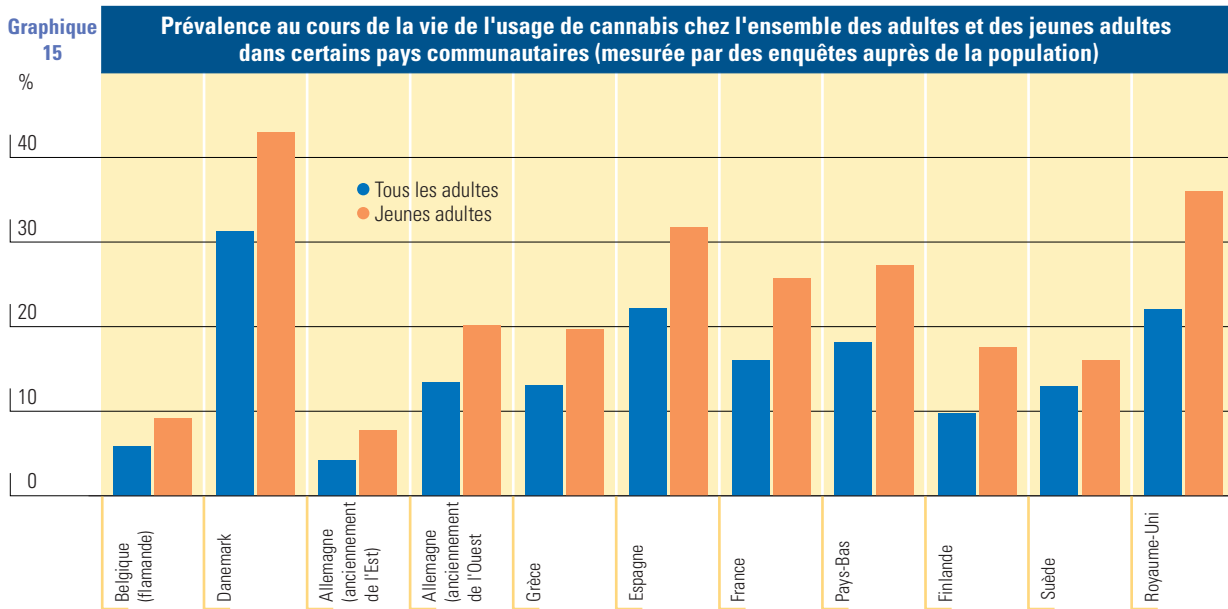
Nous ne connaissons avec certitude ni la teneur habituelle des différentes formes de cannabis sur le marché ni dans quelle mesure la puissance a réellement augmenté. En outre, les préférences et les comportements des toxicomanes ne sont pas connus. Des études systématiques et détaillées contribueraient donc à établir une base de débat plus informée.

Traitement

Le cannabis est considéré comme la drogue principale d'une minorité de patients entamant un traitement, généralement 10 % ou moins, mais il est plus couramment rapporté comme drogue secondaire par des patients débutant un traitement pour d'autres substances. Une certaine augmentation a été notée dans plusieurs pays et la proportion est plus élevée chez les nouveaux patients entamant un traitement pour la première fois. La plupart des demandes de traitement pour le cannabis impliquent des patients beaucoup plus jeunes que ceux dont la drogue principale est l'héroïne ou d'autres drogues.

Il existe très peu de services ciblés spécifiquement sur les consommateurs de cannabis. De ce fait, les patients qui recherchent un traitement pour des problèmes liés au cannabis s'adressent généralement à des services qui traitent majoritairement des patients pour d'autres substances, comme l'héroïne ou la cocaïne. Dans la mesure où les patients ayant des problèmes liés au cannabis ne constituent qu'une minorité des demandeurs de traitement dans l'ensemble de l'Europe et où ils présentent un profil différent de ceux des autres consommateurs de drogues traités, il est difficile de savoir si le traitement offert est approprié et quel autre type d'approche pourrait être utile.

Bien plus d'informations sur la nature des problèmes associés au cannabis sont nécessaires. Les personnes qui connaissent des difficultés avec le cannabis pouvant également utiliser d'autres substances ou avoir divers problèmes psychosociaux, il est important de clarifier la question de la nécessité de services spécifiques au cannabis et dans quelle mesure une meilleure aide pourrait être fournie dans le cadre d'autres interventions.



Prévention

La plupart des initiatives de prévention essaient de dissuader de prendre du cannabis. Comme pour le traitement, peu d'initiatives de prévention ciblent uniquement le cannabis. Des lignes téléphoniques d'assistance sont ouvertes aux consommateurs de cannabis, mais aucune n'est réservée exclusivement à cette drogue.

Tous les États membres diffusent des informations sur les drogues, notamment le cannabis, et certains ont produit du matériel spécifiquement consacré à cette substance. Certaines initiatives ont pour objectif de fournir des informations générales sur le cannabis et les effets du THC, tandis que d'autres mesures sont orientées vers les parents.

Débats et discussions

Le débat concernant l'utilisation éventuelle du cannabis à des fins médicales en Europe s'est intensifié. Il est officiel dans la plupart des pays. Il est toutefois devenu plus officiel au Danemark, en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni.

Dans d'autres régions du monde, les débats sur la valeur thérapeutique de la marijuana ont entraîné des discussions politiques, principalement axées sur les initiatives de réforme des «lois prohibitives» pour permettre aux médecins de prescrire de la marijuana.

Drogues synthétiques: développements et réponses

Comprendre la culture techno

«Il est impossible de comprendre la culture techno sans comprendre l'ecstasy. C'est comme essayer de comprendre l'univers des bistrot sans comprendre la bière... Les DJ et producteurs de disques qui prétendent n'avoir aucun contact avec la drogue sont des hypocrites. Ils doivent toute leur carrière à la drogue. Auparavant, les gens dansaient pendant très longtemps pour être dans l'ambiance. Maintenant, ils prennent l'ascenseur au lieu des escaliers.»

Irvine Welsh (célèbre auteur de *Trainspotting* et *Ecstasy*)
 Interview dans *Ministry Magazine*, avril 1999.

L'inquiétude politique et publique concernant les drogues synthétiques s'est intensifiée dans les années 90 en raison de l'usage croissant et apparemment répandu de l'ecstasy par une grande variété de jeunes non marginaux. Le contrôle de ces drogues, aisément fabriquées à faible coût dans l'UE, à partir de matériaux facilement disponibles, devenait de plus en plus difficile.

Définition des drogues synthétiques

Le terme drogue «synthétique» fait strictement référence à des substances psychoactives fabriquées dans un laboratoire et non dérivées de sources naturelles et

englobe donc les tranquillisants, la méthadone, les amphétamines, l'ecstasy et le LSD. Le terme est également utilisé pour les nouvelles substances apparues sur le marché de l'ecstasy et non couvertes par les contrôles juridiques existants, certaines étant délibérément fabriquées à cette fin. Cette utilisation du terme indique donc une préoccupation relative aux problèmes particuliers du contrôle de la production et de la distribution des drogues synthétiques plutôt qu'une référence à leurs modèles de consommation.

Dans de nombreux environnements récréatifs, les jeunes sont susceptibles d'utiliser non seulement de l'ecstasy, mais aussi des amphétamines, du LSD et des benzodiazépines, qui sont des drogues synthétiques «anciennes», ainsi que des substances non synthétiques, telles que l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les champignons hallucinogènes et, parfois, l'héroïne.

Composition de l'ecstasy

L'«ecstasy» est le nom courant de l'amphétamine de substitution MDMA. La plupart des toxicomanes supposent que les pilules nommées «ecstasy» contiennent de la MDMA, mais il ne s'agit que d'une des substances de la famille de phénéthylamines, qui comprend la MDA, la MDEA et la MBDB.

Au début des années 90, l'ecstasy a vu sa popularité croître chez les jeunes, qui pensaient que la MDMA était inoffensive et n'entraînait pas de dépendance. Cette nouvelle évolution dans l'usage de drogues s'est développée parallèlement à la culture musicale et récréative de masse appelée «rave», «acid house» ou «techno».

Comparée à d'autres stimulants, l'ecstasy n'entraîne pas les changements d'humeur extrêmes caractéristiques des amphétamines et, par rapport à la cocaïne, les effets positifs de l'ecstasy durent beaucoup plus longtemps. Ces

effets sont généralement ressentis comme dynamisants, euphoriques et entactogènes, une association à l'origine du rôle clé de la drogue dans les manifestations alliant musiques et danses actuelles. À son tour, l'ecstasy a contribué au succès des festivités commerciales en encourageant l'atmosphère de sympathie et de communion ainsi que le besoin de danser.

Composition d'une pilule d'ecstasy

Dans la fabrication des pilules destinées au marché de l'ecstasy, les producteurs utilisent toujours des noms de marques et des logos comme outils de marketing pour distinguer leurs produits de ceux des concurrents. En dépit de ces noms et logos, le type de pilule acheté ou sa composition n'est absolument pas garanti.

Les difficultés rencontrées pour évaluer la composition des pilules constituent un élément clé du marché de l'ecstasy et les analyses en laboratoire ont démontré que les consommateurs expérimentés d'ecstasy se trompent généralement dans leur évaluation personnelle du contenu des pilules.

Des études récentes dans quelques États membres ayant analysé des pilules d'ecstasy ont révélé des variations considérables dans leur composition. Certaines contiennent de la MDMA pure, d'autres des niveaux élevés d'amphétamines et d'autres encore un mélange de lactose et de caféine.

Il semble que les drogues synthétiques soient produites principalement dans des laboratoires clandestins en Espagne, aux Pays-Bas, en Pologne et au Royaume-Uni. Le crime organisé est impliqué dans la fabrication et la distribution de pilules de type ecstasy dans plusieurs pays. Certains jeunes consommateurs de drogues impliqués dans la distribution de ces pilules ont été menacés par des distributeurs plus organisés.

Effet entactogène

Le Dr David Nichols, professeur de chimie médicale et de pharmacologie à la Purdue University, a inventé le terme «entactogène» pour les drogues comme la MDMA (ecstasy). L'effet entactogène de la drogue consiste en un effet de «soutien» émotionnel, facilitant la récupération de souvenirs et favorisant les états introspectifs. Cela signifie principalement un «sentiment de paix intérieure» (Nichols). Selon les propos d'un consommateur de MDMA, elle donne l'impression que le monde est un «endroit agréable à vivre».

D'autres consommateurs d'ecstasy indiquent qu'ils ne ressentaient aucun besoin d'affirmation, de reconnaissance ou de jugement: «J'avais l'impression que je pouvais manipuler le monde entier, sans ressentir le besoin de le faire. J'avais des conversations sans me sentir contraint, obligé ou désireux d'entrer en concurrence avec mon interlocuteur.»

Risques sanitaires de l'ecstasy

L'usage abusif ou fréquent d'ecstasy réduit ou élimine son effet entactogène, même si l'effet dynamisant demeure. Par conséquent, pour éviter les problèmes entraînés par un usage quotidien ou abusif, la consommation d'ecstasy se limite principalement au week-end.

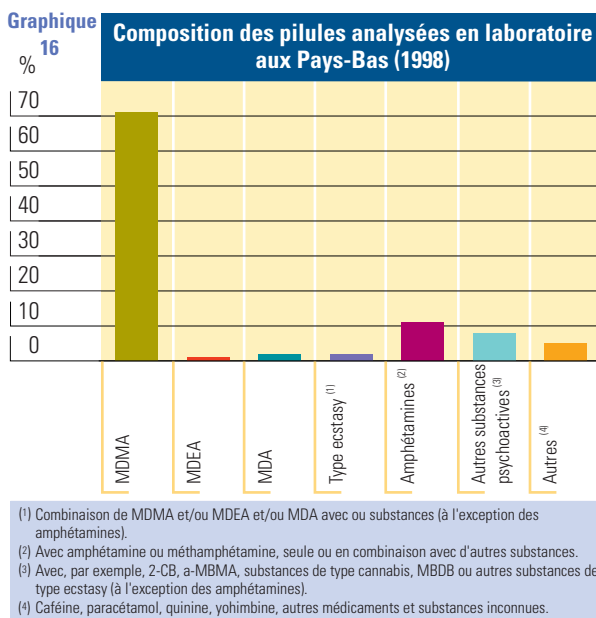
Risques aigus

Les estimations conservatrices de l'usage d'ecstasy au Royaume-Uni au milieu des années 90 évaluaient la consommation à plus de 1 million de doses dans les boîtes de nuit chaque fin de semaine. Cela a entraîné le calcul des risques de décès dus à la consommation d'ecstasy à environ 1 sur 6,8 millions. Les risques de décès directs augmentent avec l'intensité de la consommation et lorsque l'ecstasy est utilisée en association avec des drogues présentant des effets

sédatifs, telles que l'alcool, l'héroïne et les benzodiazépines.

Risques chroniques

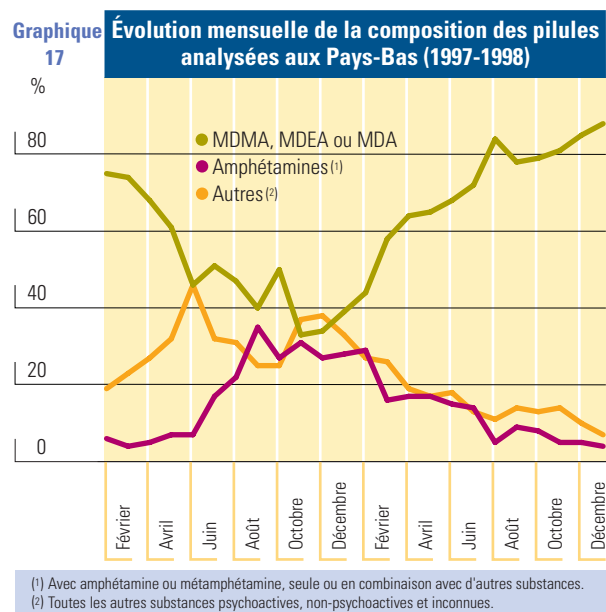
La recherche sur les effets chroniques de l'ecstasy a été limitée par des distorsions et un manque de données. L'accumulation de preuves scientifiques indique un certain degré de neurotoxicité associé à un usage abusif d'ecstasy. Les résultats récents d'expériences avec des singes démontrent que quatre jours d'exposition à la MDMA infligent à des régions du cerveau des dommages persistant pendant six à sept ans, même si leurs conséquences ne sont pas encore clairement comprises. Des études sur les êtres humains ont révélé des dommages aux neurones, producteurs de sérotonine, et des troubles de la mémoire liés à l'effet toxique de la MDMA sur ces neurones.



Prévalence de l'usage de drogues synthétiques

Les jeunes qui participent à des manifestations et des fêtes alliant danses et musiques actuelles constituent la principale source d'informations sur l'usage de drogues synthétiques, et ce, même si elles sont également utilisées dans d'autres environnements.

Les enquêtes scolaires indiquent que la proportion des 15-16 ans admettant avoir expérimenté des amphétamines se situe généralement entre 2 et 4 %, contre moins de 1 % en Finlande et presque 8 % aux Pays-Bas et 13 %



au Royaume-Uni. L'usage d'ecstasy connaît d'importantes variations dans cette tranche d'âge: moins de 1 % en Finlande, de 5 à 6 % en Belgique et en Espagne et de 8 à 9 % en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Les chiffres de prévalence au cours de la vie pour le LSD parmi la population scolaire se situent entre 13 et 14 % en Irlande et au Royaume-Uni, 5 et 6 % en Espagne et en Italie et 2 % ou moins dans les autres États. La proportion de jeunes adultes ayant consommé des amphétamines et de l'ecstasy se situe généralement entre 2 et 5 %, bien que les taux soient plus élevés dans la tranche des 18-25 ans.

En termes d'usage récent d'amphétamines, d'ecstasy et de LSD l'année passée, les taux se situent principalement entre 1 et 2 %, bien qu'ils soient plus élevés pour le Royaume-Uni.

Évolution récente

Des rapports récents de plusieurs États membres suggèrent une stabilisation ou une chute du niveau de consommation d'ecstasy et une certaine déception à l'égard de ce qui est vendu sous la dénomination d'ecstasy. Des articles de magazines musicaux stigmatisent le manque d'exclusivité sur les pistes de danse du marché de l'ecstasy et critiquent les manifestations physiques des drogues de type amphétamines en termes de «langues pendantes, visages rouges et grimaces». Cela ne signifie toutefois pas que l'ecstasy disparaît, mais que les modèles de consommation se diversifient.

La disponibilité et l'usage d'amphétamines continuent d'augmenter. Dans la vaste culture jeune et récréative, elles sont généralement prises par inhalation sous forme de poudre ou par voie orale sous forme de pilules ou encore mélangées à la boisson.

Comme pour l'ecstasy, l'augmentation de l'usage d'amphétamines se reflète faiblement dans les indicateurs tels que la demande de traitement. Ce n'est pas surprenant, compte tenu du nombre restreint de jeunes fréquentant les services de traitement. Cela peut signifier que l'augmentation importante de la consommation n'entraîne pas de problèmes sanitaires, que les problèmes n'ont pas été signalés ou encore que les services spécialisés ne répondent pas de façon adéquate à cette évolution.

Divergence de modèles et de drogues

Ces dernières années, les drogues liées à la danse et la «dance music» sont apparues dans les boîtes de nuit en vogue et la consommation d'alcool commence à augmenter. La nature lucrative du marché danse/musique semble avoir attiré l'industrie de l'alcool dans le parrainage, la publicité et la promotion d'alcools destinés spécifiquement au marché des drogues liées à la danse ou de l'ecstasy, en utilisant fréquemment dans ses stratégies une imagerie liée aux drogues.

Il est difficile de définir des modèles plus spécifiques de diversification dans l'usage de drogues synthétiques. Divers rapports signalent une consommation accrue d'alcool et un intérêt pour les drogues de type stimulant, telles que les amphétamines et/ou la cocaïne et les hallu-

cinogènes (comme le LSD ou les champignons). Certaines agences spécialisées à bas seuil ont rapporté une augmentation des demandes d'aide provenant de jeunes ayant développé un certain degré de dépendance psychologique liée à une consommation abusive de drogues à l'occasion de fêtes ou soirées. Dans une minorité de ces cas, de l'héroïne a également été consommée.

D'autres développements comprennent des rapports de vente de viagra et de divers stéroïdes comme drogues récréatives.

Activités de réduction de la demande

Les principales stratégies de réduction de la demande concernant les drogues synthétiques dans l'UE peuvent être classifiées selon la façon dont elles visent à toucher le groupe cible hétérogène des toxicomanes. Des informations ne sont toutefois disponibles que pour quelques pays.

À mesure qu'un nombre croissant de toxicomanes intègrent l'usage de la drogue dans leur vie quotidienne ou leurs loisirs, la prévention des risques sanitaires est synonyme de fourniture d'informations sur les risques liés à l'usage abusif et aux pilules altérées.

Outre les «raves», des approches communautaires plus larges dans des maisons de jeunes et des quartiers spécifiques visent à impliquer les clubs «techno» dans les efforts de prévention.

Des directives pour danser sans danger («safe dancing») développées par les autorités locales et les ONG existent depuis longtemps au Royaume-Uni et sont également adoptées au Danemark et en Allemagne. Dans le même temps, des centres associés de conseil sur les drogues mènent des campagnes ciblant différents groupes avec divers messages d'«usage plus sûr» ou d'«usage propre».

Test des pilules

Des tests toxicologiques des pilules n'étant effectués sur place que dans quelques pays, les rapports sont incomplets. Certains pays, tels que les Pays-Bas, organisent des tests gratuits et anonymes des pilules vendues sous forme d'ecstasy dans les grandes «raves» et fournissent des informations et des conseils sur place, ce qui constitue une bonne approche de prévention. En Autriche, le test des pilules est utilisé à des fins de recherche et de prévention.

La mission «*rave*» menée par Médecins du Monde teste les pilules pendant les «*raves*». Elle rassemble également des informations sur la consommation de drogues synthétiques et les toxicomanes et essaie de discuter avec les participants de leur consommation de drogues.

Médias

Les médias sont également utilisés dans de nombreux pays pour sensibiliser les jeunes. Le sujet le plus fréquemment ciblé est l'alcool, mais, dans certains cas, les drogues synthétiques occupent la place principale. D'autres campagnes s'adressent à des groupes cibles limités.

Internet est l'un des médias les plus récents permettant de trouver des informations sur les drogues et pouvant être utilisé dans les activités de réduction de la demande de drogue.

Un site Internet appelé «*Drugsmart*», géré par le ministère suédois en charge de la santé et des affaires sociales, concerne les tranches d'âge plus jeunes, mais comprend aussi des informations pour les enseignants. Son objectif consiste à renforcer la résistance des adolescents qui

n'ont pas encore pris de drogues ou ont arrêté d'en prendre. Outre des informations détaillées sur diverses substances, le site répond à des questions posées par courrier électronique et comporte un service de discussion pour les personnes souhaitant évoquer des problèmes liés à la drogue. D'autres sites Internet similaires sont développés dans l'ensemble de l'Europe.

Évaluation

Les évaluations d'interventions sur les drogues synthétiques sont rares. La campagne «*Safe rave*» menée en 1997 et en 1998 au Danemark est une exception. Elle a souligné un intérêt au sein de l'environnement «*techno*» envers une prise de position contre les drogues, ce qui pourrait avoir une influence sur les travaux de prévention ultérieurs.

Aux Pays-Bas, l'évaluation des approches d'égal à égal a contribué à une approche plus réaliste et non moralisatrice de la prévention de la drogue.

Dans l'ensemble, l'évaluation de la campagne «*Safer dancing*» à Londres a amélioré la compréhension des effets de l'ecstasy, du cannabis et des amphétamines.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 1999 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

1999 — 35 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-080-X



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-080-X

9 789291 680801 >