

& Résumé Points essentiels

Etabli à Lisbonne en 1994, l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) recueille et diffuse des informations sur:

- la demande de drogues et les mesures pour réduire cette demande;
- les stratégies et les politiques nationales et de la Communauté Européenne;
- la coopération internationale et la géopolitique de l'offre en matière de drogues;
- le contrôle du trafic des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs chimiques;
- les répercussions du phénomène de la drogue dans les pays producteurs, consommateurs et de transit.

Conformément aux priorités assignées initialement à l'OEDT, ce rapport concentre son attention sur tout ce qui concerne l'étendue et la nature de la demande de drogues (épidémiologie) dans l'Union européenne et sur les mesures pour réduire la demande, ces points étant abordés aux **chapitres 1 et 2** de la **partie I**. Les stratégies nationales et européennes visant à réduire la demande ainsi que d'autres mesures anti-drogues sont décrites dans la **partie II**.

Il est particulièrement important que ce premier rapport ne se contente pas de faire état des résultats finaux provenant des programmes de collecte d'information de l'OEDT, mais qu'il

dont dépendent ces résultats - les sources d'information d'une part, et les centres spécialisés qui traitent l'information provenant de ces sources d'autre part.

La **partie III** rend compte des sources d'information sur l'épidémiologie et la réduction de la demande, et étudie dans quelle mesure l'information que fournissent les principaux partenaires internationaux de l'OEDT et les systèmes qu'ils élaborent peuvent aider à atteindre les objectifs de l'OEDT. La **partie IV** décrit la nature et les compétences des points focaux nationaux qui soutiennent le Réseau européen d'information sur les drogues et la toxicomanie; elle examine ensuite les centres de documentation en matière de drogues dont beaucoup de points focaux dépendent à leur tour.

Ce premier rapport, tout en montrant quels sont les fruits que l'on retire actuellement des infrastructures d'information, insiste constamment sur les améliorations qu'il reste à leur apporter (notamment en matière de compatibilité entre les systèmes nationaux). L'OEDT et ses partenaires internationaux principaux, les points focaux nationaux, sont engagés dans un processus long et ardu visant à mettre en place un système d'information en matière de drogues qui ne réponde pas seulement aux besoins nationaux, mais également aux besoins européens. D'ores et déjà, ce premier rapport fournit des

1 Prévalence et modèles de consommation des drogues

- La proportion de la population adulte générale qui dit avoir essayé une drogue illicite varie de 5 à 8% environ dans certains pays et de 11 à 16% dans certains autres, la proportion la plus élevée (10 à 20%) se rencontrant chez les jeunes adultes.
- Un nombre beaucoup plus faible de personnes admet avoir consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois. Pour le cannabis cela varie de 1% à 4-5%, mais ces chiffres oscillent entre 5 et 15% chez les jeunes.
- Le cannabis continue d'être la drogue illégale la plus répandue dans toute l'Union européenne. Le schéma d'utilisation le plus courant est plutôt occasionnel ou intermittent que fréquent.
- L'utilisation de la cocaïne est faible, mais on observe des augmentations modérées de la fréquence dans la majorité des pays. Sa consommation a un caractère typiquement social et intermittent. Le crack fumé a pris récemment une ampleur préoccupante parmi certains groupes urbains marginalisés.
- De manière générale, 1% ou moins de la population totale a essayé l'héroïne. Cependant, parmi toutes les drogues, ce sont les problèmes liés à l'héroïne qui sont les plus importants. Le nombre total de toxicomanes consommant de l'héroïne dans l'Union européenne pourrait se situer entre 500.000 et un million.

- Depuis la fin des années 80, les amphétamines, l'ecstasy et quelquefois le L.S.D. sont en vogue parmi les jeunes. Dans certains pays, 3 à 4% des jeunes appartenant au groupe d'âge des 18-20 ans ont pris des amphétamines, et dans d'autres pays, 9 à 10 %. Les proportions sont les mêmes pour l'ecstasy et le L.S.D.
- Dans beaucoup de pays, il y a eu une croissance marquée du nombre de décès liés à la drogue dans la deuxième moitié des années 80 et dans certains pays ce chiffre semble maintenant augmenter à nouveau.
- On relève un accroissement de l'usage abusif des médicaments et des problèmes liés aux mélanges de drogues, mais d'une manière générale, c'est l'héroïne qui constitue le problème majeur constaté parmi les patients qui demandent un traitement; dans les pays du nord ce sont plutôt les amphétamines.
- La moyenne d'âge des nouveaux patients suivant un traitement se situe entre vingt ans et le début de la trentaine, et les deux-tiers ou davantage des patients sont des hommes.
- On relève des différences extrêmes dans le nombre de séropositifs et de sidéens parmi les toxicomanes par injection. Le taux de

nouvelles infections au virus HIV a diminué, mais les comportements susceptibles de transmettre ce virus sont encore en pratique chez les toxicomanes.

Partie I

Demande et Réduction de la demande

- Depuis les années 1980, la majorité des pays ont vu s'accroître le nombre des délits relatifs à la drogue; souvent les toxicomanes

représentent 30 à 40% de la population carcérale.

2

Reduction de la Demande

- La majorité des États membres de l'UE ont augmenté leurs efforts financiers en matière de réduction de la demande et tous estiment que la réduction de la demande implique une responsabilité pluridisciplinaire et communautaire. La prédominance des initiatives décentralisées va de pair avec cette philosophie.
- La prévention contre l'usage des stupéfiants est une priorité universelle. Dans l'UE, on trouve communément des approches centrées sur les facteurs conduisant à la prise de drogues ou qui tentent de protéger les jeunes contre la drogue, l'attention se portant plutôt sur les influences familiales et sociales que sur les stupéfiants.
- Les programmes en milieu scolaire sont la forme la plus répandue de prévention primaire en Europe et sont souvent une matière obligatoire de l'enseignement secondaire.
- La prévention primaire semble plus efficace quand elle débute tôt et se poursuit de manière continue au cours de l'école secondaire. Aborder les comportements des jeunes envers la drogue et envers eux-mêmes semble conduire à des résultats positifs. Les experts donnent la préférence aux programmes qui s'attaquent aux drogues illicites dans le cadre des substances légalement disponibles et de la promotion générale de la santé.
- Les campagnes médiatisées permettent de

pas par elles-mêmes à provoquer un changement de comportement ou des modifications appréciables dans les attitudes. Les États membres qui mènent des campagnes médiatisées cherchent souvent à provoquer une prise de conscience ou à transmettre des informations.

- La chaîne de traitement classique a cédé le pas à des services beaucoup plus flexibles et spécifiques. Maintenant, le traitement implique une série complète de services de soins ayant une base communautaire et qui visent à aider les drogués à se désintoxiquer et à rester abstinents et/ou à réduire les risques d'un usage abusif de drogues.
- On rencontre davantage de communautés thérapeutiques au sud de l'Europe qu'au nord. Les programmes tendent à privilégier des séjours plus courts, un professionnalisme renforcé, des thérapies individuelles, et à préparer les participants à leur vie après le traitement.
- On ne dispose que de peu d'études solides sur l'impact des traitements. Arriver au bout du programme est le facteur le plus sûr de pronostic: plus l'abstinence aura été maintenue longtemps, plus il est vraisemblable qu'elle sera durable.
- Beaucoup de politiques nationales se préoccupent de prévenir les dommages qui affectent les usagers de drogues. Habituellement, on cherche à réduire les risques sur la santé, notamment la contamination par le virus HIV et d'autres infections, et on encourage les toxicomanes à suivre un traitement le plus tôt possible.
- On constate l'existence de la prescription de traitements à la méthadone de longue durée dans tous les États membres de l'UE. Cependant, on observe des différences

d'admission des patients, l'étendue du traitement et son degré de régulation officielle. Dans plusieurs États la prescription de traitements de cette nature connaît une extension rapide.

- Par manque d'information ou de confiance, la participation de spécialistes dans le domaine de la prévention et du traitement des toxicomanies reste souvent déficiente, ce qui prive les toxicomanes des services médicaux et sociaux dont bénéficie le reste de la population. C'est une des raisons pour lesquelles il est nécessaire d'élaborer des programmes de formation professionnelle dans tous les États membres.

3 Stratégies Nationales

- Les stratégies nationales au sein de l'UE cherchent habituellement à maintenir un équilibre entre les mesures permettant de réduire la demande de drogue et celles visant à réduire l'offre.
- Les tâches administratives fondamentales consistent à créer les structures à même de coordonner les politiques des ministères nationaux, et de coordonner les actions de l'administration au niveau national avec celles intervenant au niveau régional.
- De plus en plus, les politiques nationales doivent s'encadrer dans des politiques supranationales ou se plier à des obligations dictées par des conventions des Nations Unies. Dans ces limites, les lois

sur la drogue varient assez fortement d'un État membre à un autre.

- Dans tous les cas, l'usage des drogues est indirectement prévenu par l'interdiction de leur détention, mais moins de la moitié des États membres l'interdisent explicitement. Certains États punissent la possession de stupéfiants pour usage personnel par de sanctions administratives.
- L'étude des stratégies nationales et des lois dans le contexte de l'Union européenne peut aider les pays à comprendre comment les autres États membres élaborent leurs stratégies et leur donne une vue plus large des politiques possibles.

4 Actions entreprises par l'Union Européenne

- Depuis 1987 l'Union européenne en tant que telle participe aux actions internationales de lutte contre la drogue.
- Avec la création du Marché unique, une coordination à un haut niveau s'avérait nécessaire, ce qui a conduit notamment à élaborer des plans européens de lutte contre la drogue. Pour les étayer, on a considéré essentiel de créer un Observatoire européen chargé de l'information sur la drogue.

Partie II

Stratégies anti-drogue

- En 1993, l'entrée en vigueur du Traité de l'Union européenne a ouvert la voie à une approche entièrement intégrée, qui a trouvé sa traduction dans un nouveau plan d'action pour les années 1995-1999.

- L'Union européenne peut lutter contre la

institutions communautaires sont chargées de représenter les États membres, et d'autre part, sous la forme d'une coopération renforcée entre les États membres. Il s'agit, dans le premier cas, de la santé publique, du blanchiment de l'argent et du détournement des précurseurs chimiques et, dans le second, de la politique étrangère et de sécurité, et de la justice et des affaires intérieures.

- En 1995, l'UE a dépensé 27,9 millions d'écus pour lutter contre la drogue, la moitié environ de ce montant au sein de l'UE elle-même, et l'autre moitié à l'extérieur.
- Le problème de la drogue a été abordé lors des deux réunions du Conseil européen tenues en 1995, ce qui confirme l'importance qu'on lui attache. Les mesures prises ont permis des avancées significatives dans le domaine de la coordination et de la coopération entre les services de police et l'inscription du problème de la drogue à l'ordre du jour des réunions internationales auxquelles la Communauté a pris part.

5

Épidémiologie

• L'information dont on dispose en matière d'épidémiologie est d'une qualité et d'une fiabilité suffisantes pour permettre aux décideurs de mesurer l'impact de leurs interventions, d'identifier les besoins non satisfaits et les facteurs de risques, d'évaluer le rapport coût-efficacité des solutions retenues et d'allouer les moyens

- L'application de l'épidémiologie à l'usage des stupéfiants est relativement récente. L'évaluation de la consommation abusive de drogues au niveau européen complique encore le problème, car il est nécessaire de rendre les données compatibles entre les États membres.
- Les registres où sont consignés les demandes de traitement, les décès liés à la drogue, les saisies de stupéfiants ainsi que les enquêtes auprès des ménages et dans les établissements scolaires constituent les sources d'information les plus utilisées.
- Les enquêtes sont les instruments principaux qui permettent d'évaluer l'étendue de l'usage de la drogue en population générale. On procède généralement à des enquêtes portant sur un échantillon de la population générale ou scolaire, mais les données recueillies dans les États membres ne sont pas comparables en raison des différences entre les méthodologies utilisées.
- Lorsque les modèles de consommation de stupéfiants sont moins courants, qu'il s'agit de cas plus difficiles ou plus problématiques, il est nécessaire d'avoir recours à des méthodes alternatives permettant d'étudier des populations cachées.

Partie III

Sources d'Information

- Des enquêtes et des études répétées permettent de suivre l'évolution de la consommation dans le temps. Des tendances peuvent également être dégagées grâce à certains indicateurs indirects tirés des statistiques des services de santé ou de police.

- On note des améliorations dans la qualité des données émanant de services ou de cas liés à la drogue, sur les traitements ou les décès par exemple. Les enquêtes sont généralement de bonne qualité, mais leurs résultats ne peuvent pas facilement être cumulés ou comparés et souvent elles ne sont pas répétées à intervalles réguliers, ce qui réduit leur utilité lorsqu'on cherche à retracer des évolutions.
- Les données sur les admissions dans les hôpitaux sont fréquemment disponibles. C'est sur le SIDA qu'on dispose de l'information la plus complète parmi les maladies liées à la consommation de stupéfiants. La collecte des données relatives aux décès liés à la drogue est basée sur des critères et des définitions divers.
- Des données émanant de la justice sont disponibles dans la plupart des États membres, car elles constituent une partie des informations fournies par leur système général de collecte. Cependant, les différences entre les appareils judiciaires rendent les comparaisons peu probantes.
- La compatibilité des données entre les États membres de l'UE est très limitée. Cependant, il devrait être possible d'étendre les zones de compatibilité en se basant sur certains indicateurs et en s'inspirant des pratiques de certains États membres.
- Une étude des similitudes et des différences de terminologies dans les différents pays pourrait permettre de déterminer dans quels domaines la compatibilité peut être améliorée dans le cadre des règlements, des lois et des systèmes de traitement en vigueur.

- L'étape suivante devrait être le choix de définitions et de classifications communes et l'élaboration de protocoles semblables au protocole de demande de traitement du Groupe Pompidou.

6

Réduction de la demande

- Il est difficile d'avoir une vue d'ensemble faute d'un consensus sur ce qu'il faut entendre par réduction de la demande. Les limites entre prévention primaire, prévention secondaire et traitement ne sont pas claires et conçues différemment. Cette terminologie n'est du reste pas admise par tous. Une des tâches prioritaires de l'Observatoire est de surmonter ces obstacles.
- Il est difficile d'accéder à l'information relative aux programmes de réduction de la demande. Ils impliquent souvent l'intervention d'autorités et d'organisations disparates, et sont localisés plutôt qu'organisés en fonction d'un programme national, ce qui réduit l'intérêt de maintenir une documentation appropriée au niveau national.
- Les programmes scolaires s'avèrent la meilleure forme de prévention primaire contre la drogue. Plus de dix États membres disposent de données centralisées sur ces programmes ainsi que sur les programmes généraux de prévention. D'autre part, dans six pays, l'information est rassemblée au niveau du point focal.
- Cinq États membres seulement disent avoir des informations sur les programmes de traitement, mais la faiblesse de ce chiffre peut être due à une erreur de classification. En effet, neuf États membres disposent

d'information sur des programmes visant à réduire les dommages.

- La plupart des États membres ont accès à une ou plusieurs bases de données sur des programmes de réduction de la demande ou sont en train d'en élaborer. Avant d'introduire de nouvelles données, il n'est pas encore très fréquent d'appliquer systématiquement des critères de qualité, mais certains États membres sont en passe de remédier à cette lacune.
- Les moyens techniques permettant d'acheminer l'information vers les points focaux sont assez rudimentaires. La plupart d'entre eux reçoivent la majorité des informations uniquement sur papier.
- Il n'y a jusqu'à présent qu'un petit nombre d'évaluations fiables sur l'impact des programmes de réduction de la demande. Il faut encourager les planificateurs et les financeurs à prévoir de telles évaluations.
- Il est rare que les informations fournies par des programmes ou des pays différents soient présentées sous la même forme afin que les approches puissent être comparées.
- Pour améliorer la collecte de l'information, il est nécessaire de perfectionner les systèmes de transmission, et la comparabilité des données implique un consensus sur le langage.



Échanges entre les niveaux national et international

- L'OEDT a six partenaires internationaux prioritaires: le PNUCID, le Groupe Pompidou, l'O.M.S., Interpol,

Europol et le Conseil de coopération douanière.

- Certains d'entre eux disposent des systèmes d'information les plus étendus et les plus avancés technologiquement au monde dans le domaine de l'usage abusif des drogues. Ces systèmes pourraient jouer un rôle fondamental dans l'amélioration de la qualité et de la comparabilité de l'information épidémiologique dans l'Union européenne.
- Cependant, les systèmes de collecte de données et d'analyse diffèrent considérablement et les connexions entre ces systèmes sont insuffisantes, ce qui empêche encore de les rassembler pour donner une image européenne globale.
- Cela est dû en partie aux différences d'attributions des organisations, la plupart d'entre elles s'occupant uniquement des drogues illicites, alors que d'autres traitent ces problèmes dans le cadre de l'utilisation des substances en général et de la santé.
- Au lieu de créer de plus un nouveau système de plus permettant de collecter les données émanant des rapports nationaux, l'OEDT devrait plutôt aider les États membres à renforcer et à unifier leur participation aux systèmes internationaux existants.

Partie IV

Structures d'Information



Points Focaux Nationaux

clés de collecte et d'échange d'informations au sein du Réseau européen d'information sur les drogues et la toxicomanie (Reitox), instrument fondamental de l'OEDT.

- Presque tous les points focaux disposent d'une expertise spécifique propre. Mais, en tant que points focaux, ils doivent créer des structures et des fonctions permettant de répondre aux besoins émergents.
- Il y a toutefois consensus sur la nécessité de disposer d'un centre de convergence qui coordonne les données émanant de ses propres réseaux nationaux et satisfasse aux exigences de l'OEDT en matière de données communes, de rapports annuels nationaux sur la drogue et de réseau national d'information.
- Les réseaux nationaux alimentant les points focaux sont divers et ont des niveaux de développement différents. La plupart de ces réseaux dépendent d'un petit nombre de partenaires-clés.
- Les points focaux qui ne font pas partie des administrations nationales et/ou reçoivent surtout des données globales peuvent difficilement agir sur la qualité et la présentation des données qu'ils traitent et les rendre compatibles d'un pays à l'autre.
- Les points focaux peuvent valoriser les initiatives européennes sur la drogue en contribuant à améliorer la compatibilité et la comparabilité de l'information au sein de l'UE et en harmonisant les méthodes de collecte, de stockage, de traitement et de diffusion des données.
- Il est certain que les points Focaux sont

États membres et l'OEDT s'entendent sur le rôle et les responsabilités qui leur incombent et sur la manière dont ils seront soutenus par les institutions de financement européennes et nationales.

9

Centres de Documentation

- Chaque pays faisant partie de l'UE possède au moins l'embryon d'un centre de documentation spécialisé sur la drogue.
- On observe des différences considérables de nature, de taille et de couverture. Certains pays disposent de services importants et bien implantés, alors que plusieurs autres sont encore en phase initiale.
- Dans l'ensemble, leur couverture du sujet suffit pour établir un système de documentation satisfaisant sur les drogues et la toxicomanie en Europe.
- Seule une minorité d'États membres ont un accès électronique aux données.
- Les ressources et les niveaux de communication, la technologie, le professionnalisme et la standardisation sont actuellement en-dessous de ce qui est nécessaire pour créer et entretenir un réseau de centres de documentation européen efficace.
- Des initiatives au niveau européen pourraient permettre de libérer des ressources en réduisant les chevauchements, en encourageant les services à se standardiser, et en favorisant la connexion des centres de documentation à travers toute l'UE.

- L'OEDT pourrait jouer le rôle de plaque tournante européenne d'information et d'échange sur les programmes de recherche et les initiatives sur la drogue, en collaboration avec la Commission européenne et les centres et réseaux de recherche et de coopération existants.