



emcdda.europa.eu

Drug and alcohol use among young people

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Chapitre 3

Questions particulières

Ce chapitre met en évidence trois questions spécifiques se rapportant au problème de la drogue en Europe: la consommation de drogues et d'alcool parmi les jeunes, l'exclusion sociale et la réintégration, et les dépenses publiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogue.

La consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes

Les jeunes se situent souvent à l'avant-garde des mutations sociales, et la tendance à la hausse de la consommation d'alcool et de drogues illicites par cette tranche d'âge dans l'UE constitue une évolution importante de la société. L'introduction de l'alcool dans cette partie du rapport est un fait nouveau et découle des préoccupations sur les modèles complexes de consommation de drogues et la dépendance, les dégâts sanitaires et les comportements délinquants qui y sont liés. Ces modèles de consommation de substances psychoactives constituent un défi particulier pour les responsables politiques, qui doivent élaborer un éventail de solutions assez large et opportun pour une action efficace.

L'UE s'est fixé pour objectif de réduire de façon significative, sur une période de 5 ans, la prévalence de la consommation de drogues illicites ainsi que le recrutement des usagers, particulièrement parmi les jeunes de moins de 18 ans, et de développer des approches innovantes en matière de prévention (COR 32).

Les documents consultés pour la rédaction de ce chapitre comprennent les rapports nationaux Reitox et les données d'enquêtes auprès de la population. Les données comparables sur les jeunes s'appuient largement sur les rapports de l'ESPAD (European School Survey Project, «Projet d'enquête en milieu scolaire») de 1995 et de 1999 (ESPAD, 1999) portant sur des lycéens de 15 à 16 ans et auxquels neufs États membres ont participé. Les données des Pays-Bas dans les enquêtes de l'ESPAD ne sont pas strictement comparables à celles des autres États membres participants. Les recherches publiées, la *grey literature* ⁽¹⁵⁴⁾ et les publications gouvernementales sur la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes (particulièrement de France et du Royaume-Uni) ont également été utilisées en tant que références.

Prévalence, attitudes et tendances

Prévalence

Si l'on exclut le tabac et la caféine, l'alcool est la substance psychoactive la plus consommée chez les jeunes dans toute l'UE. La proportion des lycéens de 15 à 16 ans qui ont déjà été ivres

au cours de leur vie s'échelonne entre 36 % au Portugal et 89 % au Danemark ⁽¹⁵⁵⁾ (graphique 19) ⁽¹⁵⁶⁾. La majorité des jeunes de l'UE n'ont jamais consommé de drogues illicites, mais parmi ceux qui l'ont fait, le cannabis est la drogue la plus fréquemment utilisée, devant les inhalants/solvants ⁽¹⁵⁷⁾. Selon l'enquête ESPAD réalisée en 1999 en Grèce et en Suède, la consommation d'inhalants/de solvants au cours de la vie est égale ou supérieure à celle du cannabis parmi les étudiants âgés de 15 à 16 ans ⁽¹⁵⁸⁾.

Les enquêtes nationales en milieu scolaire ne mesurent pas la consommation problématique de substances chez les jeunes, mais elles constituent une source très utile pour évaluer la consommation expérimentale de drogues et les attitudes chez cette catégorie. D'après les rapports Reitox et les données de l'ESPAD de 1999, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie était la moins élevée en Norvège (7 %), au Portugal (8 %), en Suède (8 %), en Grèce (9 %) et en Finlande (10 %). La prévalence au cours de la vie était la plus élevée en France (35 %), au Royaume-Uni (34 %) et en Irlande (32 %), puis de l'Espagne (30 %). L'échantillonnage des enquêtes en milieu scolaire peut être consulté dans le tableau statistique 3 ⁽¹⁵⁹⁾. La stricte comparabilité des données de ce tableau est limitée, car les États membres n'ont pas tous utilisé les mêmes méthodes d'enquête scolaire.

Chez les lycéens de 15 à 16 ans, en général, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis, d'inhalants, de tranquillisants et de sédatifs (sans prescription médicale) est plus élevée que l'usage de stimulants et de drogues hallucinogènes. Les lycéens ayant déjà consommé de la cocaïne et de l'héroïne sont relativement rares dans l'UE, avec une consommation de ces drogues au cours de la vie s'échelonnant entre 0 % et 4 % (tableau statistique 3).

La plupart des jeunes qui ont essayé le cannabis ont déjà expérimenté l'alcool et le tabac. Les jeunes qui consomment de l'ecstasy, des amphétamines, de la cocaïne et des hallucinogènes tendent à former un ensemble distinct et appartiennent à des groupes sociaux spécifiques. Les relations entre les différentes drogues consommées sont montrées dans le tableau 15 EL portant sur une enquête en milieu scolaire en Espagne (Observatorio español sobre drogas, 2002) ⁽¹⁶⁰⁾. Une des

⁽¹⁵⁴⁾ Terme anglais qualifiant «un document qui n'a pas été publié dans un journal revu par des pairs». Pour plus d'informations, voir le journal du réseau QED (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ À partir de réponses déclarant avoir été «ivre à la suite de la consommation de boissons alcoolisées».

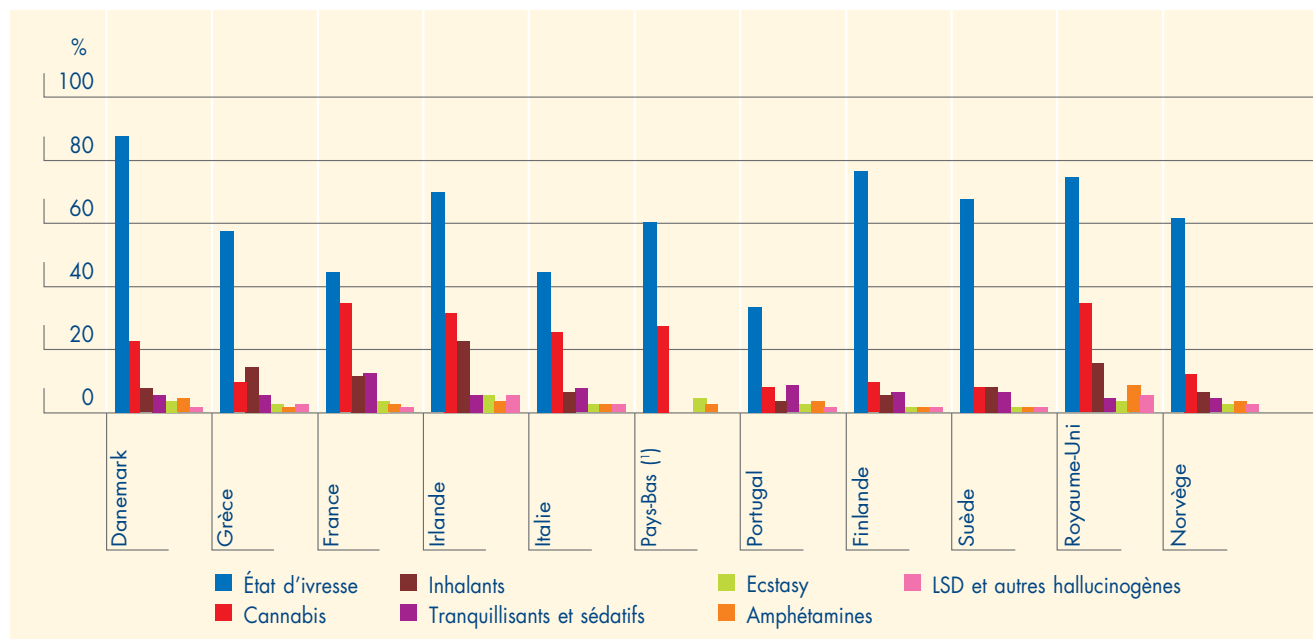
⁽¹⁵⁶⁾ Graphique 42 EL — Comparaison de la consommation excessive sporadique d'alcool avec l'usage du cannabis au cours des 30 dernières années.

⁽¹⁵⁷⁾ À partir de réponses déclarant avoir «pris une substance (colle, aérosols, etc.) pour se plonger dans un état d'euphorie».

⁽¹⁵⁸⁾ Tableau statistique 3 EL — Enquêtes scolaires: prévalence au cours de la vie chez les lycéens âgés de 15 à 16 ans.

⁽¹⁵⁹⁾ Tableau statistique 3 EL — Enquêtes scolaires: prévalence au cours de la vie chez les lycéens âgés de 15 à 16 ans.

⁽¹⁶⁰⁾ Voir le tableau 15 EL — Relation entre la consommation de différentes substances chez les jeunes scolaires espagnols (14-18 ans).

Graphique 19 — Prévalence au cours de la vie de l'état d'ivresse et de l'usage de substances illicites (lycéens de 15 à 16 ans)

(*) Comparabilité limitée.

Source: Projet d'enquête scolaire 1999 de l'ESPAD.

principales difficultés est de répondre à la complexité et aux particularités des différents modèles de consommation de drogue (Calafat et al., 1999; Parker et Eggington, 2002; Smit et al., 2002).

L'écart entre la consommation de drogues chez les hommes et chez les femmes — moins élevée chez ces dernières — est plus marqué parmi la population adulte que chez les lycéens.

Cependant, concernant les lycéens, les pays dans lesquels les différences entre les sexes sont les plus nettes sont la Grèce, la France, l'Italie et le Portugal, à une exception près: la consommation de tranquillisants et de sédatifs sans prescription médicale ainsi que d'alcool combiné à des «comprimés» est généralement plus élevée chez les filles.

Les différences de prévalence existent également entre les régions au sein des États membres. En Allemagne, l'écart entre l'Est et l'Ouest se réduit plus rapidement chez les lycéens que chez les adultes. D'autres aspects de la prévalence de drogue, tels que la propagation du cannabis dans les zones rurales, sont identiques à ceux observés chez les populations plus âgées.

Attitudes

Les informations sur les attitudes vis-à-vis des différentes drogues peuvent contribuer à prévoir la future prévalence de la consommation de drogues. En 1999, la désapprobation du fait de s'enivrer une fois par semaine était très variable: relativement faible au Danemark (32 %), elle était élevée en Italie (80 %). La désapprobation de l'expérimentation du cannabis était moins variable; c'est en France qu'elle était la plus faible (42 %) et au Portugal (79 %) et en Suède (78 %) qu'elle était la plus élevée ⁽¹⁶¹⁾.

Les attitudes aident à prévoir les tendances, mais d'autres facteurs interviennent également. Dans tous les États membres, la désapprobation et les perceptions sur les «grands risques» liés à l'expérimentation de drogues telles que l'ecstasy, la cocaïne et l'héroïne étaient généralement très fortes chez les lycéens de 15 à 16 ans. La désapprobation de l'expérimentation de l'ecstasy s'échelonnait entre 71 % en Grèce et 90 % au Danemark.

Tendances

L'augmentation du niveau d'ivresse et de la consommation excessive sporadique d'alcool à des fins récréatives suscite des inquiétudes croissantes ⁽¹⁶²⁾. Entre 1995 et 1999, une nette augmentation de l'expérience de l'ivresse au cours de la vie a été relevée en Grèce et en Norvège (graphique 20). On ne dispose pas de données strictement comparables pour la consommation d'alcool dans les États membres qui ne participent pas aux enquêtes de l'ESPAD, mais les données sur les tendances en Allemagne (1973-2001) et en Espagne (1994-2000) montrent une récente diminution de la consommation d'alcool chez les jeunes (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002; Observatorio español sobre drogas, 2002). Mais cela peut également vouloir dire que la consommation globale diminue alors que la consommation excessive sporadique augmente.

Au cours des années 90, la prévalence de l'usage du cannabis au cours de la vie a augmenté à un tel niveau qu'on pourrait la qualifier de «très répandue» dans un certain nombre d'États membres. Toutefois, en 1999, on notait que la consommation de cannabis chez les jeunes en Irlande, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni avait diminué. Cette évolution peut indiquer que la

⁽¹⁶¹⁾ Voir le graphique 43 EL — Pourcentage des lycéens de 15 à 16 ans qui désapprouvent le fait de s'enivrer comparé à l'expérimentation du cannabis et de l'ecstasy.

⁽¹⁶²⁾ Graphique 44 EL — Changements dans l'absorption de 5 boissons alcoolisées ou plus l'une après l'autre au cours des 30 dernières années.

prévalence a atteint un niveau de saturation dans ces pays, avec une tendance à une stabilisation autour de 30 %.

On note également des signes de stabilisation de la consommation d'ecstasy au cours de la vie à un niveau beaucoup plus faible que celui du cannabis. Dans le cas du Royaume-Uni, la baisse de la prévalence du cannabis et de l'ecstasy au cours de la vie s'est accompagnée d'une diminution de la disponibilité perçue ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ et d'une augmentation de la désapprobation ⁽¹⁶⁵⁾. En 1999, la proportion de lycéens qui percevaient un grand risque associé à l'expérimentation de l'ecstasy une fois ou deux était la plus élevée dans les deux États membres (l'Irlande et le Royaume-Uni) dans lesquels la prévalence de l'ecstasy au cours de la vie était également la plus élevée ⁽¹⁶⁶⁾ et où une large couverture médiatique était accordée à un nombre relativement faible de décès liés à l'ecstasy. La couverture médiatique, associée à une image de plus en plus négative, semble avoir influencé la baisse de la prévalence de la consommation d'ecstasy dans ces deux États membres.

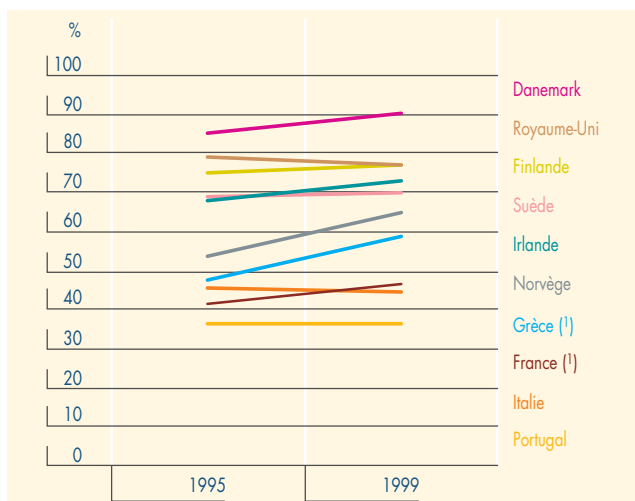
Les jeunes jugent leurs pairs d'après leur image, leur style et la possession de signes extérieurs de richesse. Ces symboles, qui peuvent comprendre les drogues, changent constamment. L'image négative actuelle des héroïnomanes et la grande accessibilité des autres drogues sont des facteurs importants influençant actuellement les jeunes dans le choix des substances (FitzGerald et al., 2003). D'après une analyse récente des paroles concernant la drogue dans la musique populaire de langue

anglaise depuis les années 60, les musiciens sont beaucoup plus nombreux aujourd'hui que par le passé à dénoncer les risques liés au cannabis ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

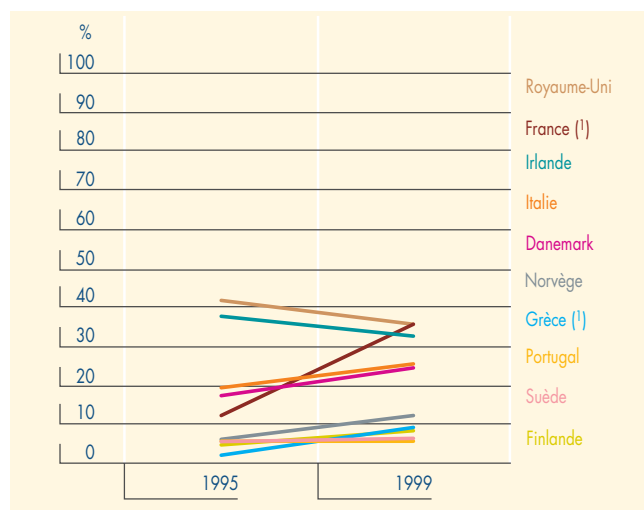
Les résultats d'une enquête récente portant sur 878 jeunes âgés de moins de 20 ans dans 10 villes de l'UE signalent une possible tendance de la culture dominante urbaine vers une baisse de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy et une hausse de l'usage de cocaïne. Cet échantillon n'était cependant pas suffisamment représentatif ou large pour en tirer des conclusions définitives. Cette étude a également révélé que les personnes interrogées dépensent plus d'argent pour l'alcool que pour les drogues ou toute autre catégorie de consommation de loisir, telle

Graphique 20 — Prévalence au cours de la vie de (A) l'état d'ivresse, (B) la consommation de cannabis et (C) l'usage d'ecstasy (lycéens de 15 à 16 ans)

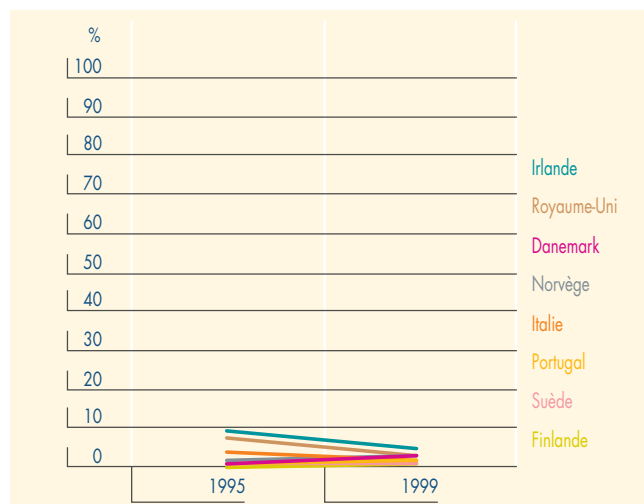
Graphique 20 (A) — État d'ivresse



Graphique 20 (B) — Consommation de cannabis



Graphique 20 (C) — Consommation d'ecstasy



(¹) Les données 1995 pour la Grèce et la France sont basées sur des enquêtes de 1993.

Source: Projet d'enquête en milieu scolaire de l'ESPAD (1995 et 1999).

⁽¹⁶³⁾ À partir de réponses déclarant que la drogue serait «très facile» ou «assez facile» à obtenir si on le souhaitait.

⁽¹⁶⁴⁾ Graphique 45 EL — Évolution de la disponibilité perçue (A) du cannabis et (B) de l'ecstasy.

⁽¹⁶⁵⁾ Graphique 46 EL — Évolution du pourcentage des 15-16 ans qui désapprouvent (A) le fait de s'enivrer une fois par semaine ou (B) l'expérimentation du cannabis une ou deux fois ou (C) l'expérimentation de l'ecstasy une ou deux fois.

⁽¹⁶⁶⁾ Graphique 47 EL — Pourcentage des lycéens de 15 à 16 ans qui perçoivent un «grand risque» associé à l'usage de l'ecstasy une ou deux fois et prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie.

⁽¹⁶⁷⁾ Graphique 48 EL — Pourcentage d'images positives dans la musique populaire contemporaine, années 60 à 90.

que l'entrée dans les discothèques, les clubs ou les cinémas, ou encore les téléphones portables et le tabac (Calafat et al., 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Presque tous les États membres de l'UE (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Portugal et Royaume-Uni) ont fait état des inquiétudes croissantes que suscite l'augmentation éventuelle du marché de la cocaïne et de base/crack pour les jeunes usagers à problèmes. Des informations complémentaires sur les tendances de la disponibilité peuvent être consultées à la page 36.

Initiation, modèles et facteurs de risque

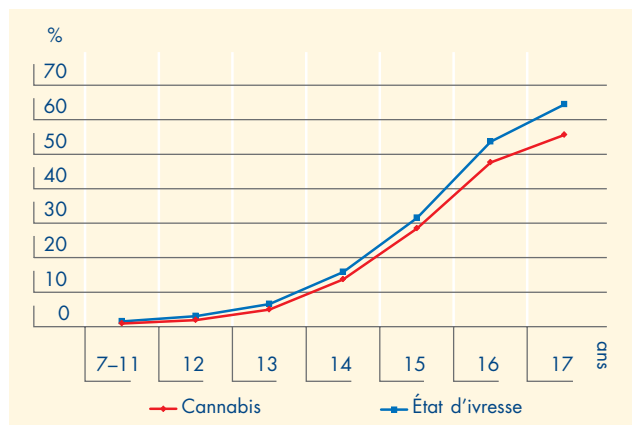
En général, la probabilité qu'un adolescent de 12 à 18 ans s'enivre ou se voie proposer du cannabis ou toute autre drogue illicite, ainsi que son empressement à essayer les drogues, augmente fortement avec l'âge. Cette tendance est illustrée ici par les données de l'enquête française Escapad (Beck, 2001). Le graphique 21 A montre que chez les garçons de 13 à 14 ans la proportion de ceux qui ont déjà été ivres était de 15,9 % et la proportion de ceux qui avaient déjà essayé le cannabis était de 13,8 %. Chez les 17-18 ans, ces pourcentages avaient augmenté pour atteindre 64,5 % et 55,7 % respectivement.

Dans une récente enquête auprès de la population des jeunes de l'UE, la «curiosité» était indiquée comme la principale raison de l'expérimentation des drogues (EORG, 2002). La majorité de ceux qui essaient les drogues ne continue pas à les consommer de manière régulière. Chez une minorité faible mais significative, la consommation se développe pour atteindre un usage intensif. Ce fait est illustré par le graphique 21 B, qui montre la répartition de la consommation de cannabis chez la population générale des jeunes de 18 ans en France. Les enquêtes en population générale montrent que la consommation de drogues illicites au cours de la vie est sensiblement plus élevée que la consommation récente ou actuelle ⁽¹⁶⁹⁾. Les informations comparables sur les modèles de consommation chez les usagers de drogues réguliers sont moins développées que dans le domaine de la recherche sur l'alcoolisme. Ce fait limite la compréhension des modèles de consommation des drogues, et, par conséquent, l'élaboration de solutions efficaces. Certains États membres recherchent actuellement des définitions de la «consommation problématique de cannabis», et il a été suggéré que les personnes qui ont consommé du cannabis à au moins 20 reprises au cours du mois précédent sont celles qui courent le plus de risques de développer un modèle de consommation problématique (Beck, 2001; rapport national néerlandais). D'après cette définition, aux Pays-Bas, une personne sur cinq ayant consommé du cannabis au cours du mois précédent peut être classée dans la catégorie «à risques». Selon le graphique 21 B, en France, 13,3 % des hommes de 18 ans entrent dans le groupe «à risques», contre seulement 3,6 % des jeunes filles du même âge.

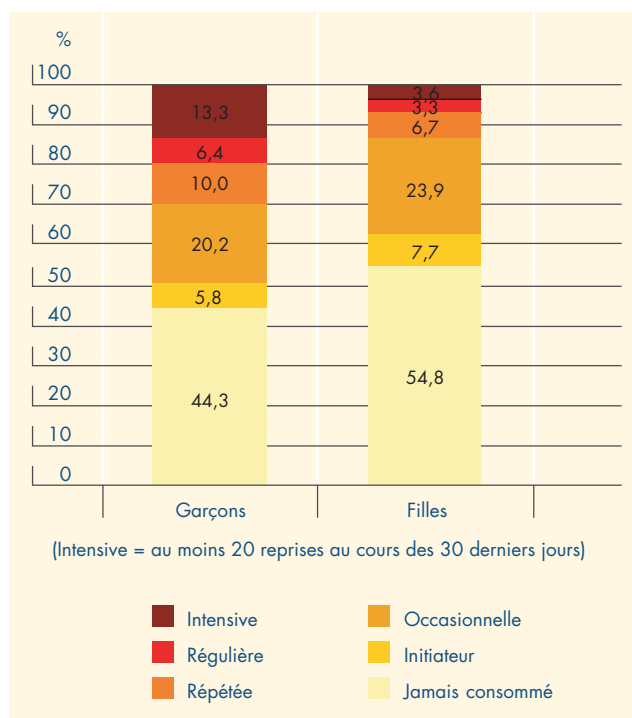
L'une des plus grandes craintes concernant la consommation expérimentale de cannabis est surtout liée à «l'effet

Graphique 21 — Consommation du cannabis chez les jeunes de 18 ans en 2001. (A) Âge de l'initiation à la consommation. (B) Niveau de consommation

Graphique 21 (A) — Âge de l'initiation à l'état d'ivresse et au cannabis chez les jeunes garçons de 18 ans en France en 2001



Graphique 21 (B) — Niveau de consommation de cannabis à l'âge de 18 ans en France en 2001



Sources: Escapad (2001), OFDT. Échantillon national représentatif.

d'entraînement» de cette drogue ⁽¹⁷⁰⁾. Toutefois, l'association entre la consommation de cannabis et d'autres substances illicites est complexe et ne peut être réduite à un simple modèle causal. Un autre modèle, celui du «facteur commun», démontre comment les corrélations entre l'usage du cannabis et celui des drogues dures

⁽¹⁶⁸⁾ Graphique 49 EL — Nombre d'euros dépensés chaque week-end par les 13-19 ans dans 10 villes de l'UE en 2001-2002.

⁽¹⁶⁹⁾ Voir le graphique 1 EL — Modèles de consommation du cannabis parmi la population en général — Consommation au cours de la vie comparée à la consommation actuelle (30 derniers jours), enquête nationale de prévalence (sur l'usage de drogues) 2001 (Pays-Bas).

⁽¹⁷⁰⁾ Cela est fondé sur l'hypothèse que l'usage du cannabis en lui-même augmente le risque d'être initié aux drogues dures.

sont dues à une série de facteurs de risque communs, notamment la vulnérabilité et l'accès aux drogues ainsi que la propension à les consommer. Des résultats d'études de cohortes montrent que la consommation de drogues illicites est rarement le premier signe de difficultés chez les adolescents. La consommation d'alcool, un comportement asocial, l'absentéisme scolaire et la délinquance surviennent souvent à un plus jeune âge que la consommation de cannabis ⁽¹⁷¹⁾. Les adolescents consomment rarement des substances illicites sans être exposés de façon concomitante à d'autres usagers de drogues illicites et pensent que les avantages potentiels de la consommation compensent les coûts potentiels (Engineer et al., 2003). Les signes de «l'effet d'entraînement» peuvent s'expliquer par le fait que le cannabis met les usagers en contact avec un marché illicite, augmentant ainsi l'accès aux autres drogues illicites et rendant acceptable l'utilisation d'autres drogues illicites (Grant et Dawson, 1997; Petraitis et al., 1998; Adalbjarnardottir et Rafnsson, 2002; Brook et al., 2002; Morral et al., 2002; Parker et Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington et Clapp, 2002).

Aux Pays-Bas, une étude sur les jeunes menée en 1999 a révélé que la majorité des usagers de cannabis achetait celui-ci à des amis (46 %) et dans les *coffee shops* (37 %) (De Zwart et al., 2000).

L'identification d'une série de facteurs de risque qui influencent à la fois l'initiation et le développement de la consommation de drogues chez une population adolescente extrêmement hétérogène est une démarche qui commence à gagner de l'ampleur. Ces facteurs s'étendent sur un continuum allant de l'individu à la communauté en passant par des facteurs macroenvironnementaux et sont probablement différents pour la consommation festive et la consommation problématique de drogues.

Facteurs de risque

Des enquêtes ciblées ont montré que des groupes particuliers de jeunes présentent des niveaux de consommation de drogue beaucoup plus élevés que ceux présentés par la population nationale en général. Il s'agit souvent de jeunes gens qui ont été exclus du système scolaire ou ont pratiqué l'absentéisme, ont commis un délit, sont sans domicile fixe ou ont fugué, et de ceux dont les frères et sœurs sont usagers de drogues (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden et Sondhi, 2001; Hammersley et al., 2003). L'enquête du Royaume-Uni sur le mode de vie des jeunes en 1998/1999 a révélé que la prévalence de la consommation de drogues était sensiblement plus élevée chez ces groupes vulnérables ⁽¹⁷²⁾. La taille de ces groupes au niveau national indique que les enquêtes actuelles en milieu scolaire sous-estiment la prévalence de la drogue en omettant d'identifier les populations d'adolescents à risques qui ne se trouvent pas en milieu scolaire. Les données comparables sur les «groupes vulnérables» de jeunes gens au niveau de l'UE sont rares à ce jour. Les jeunes qui sortent le soir dans des lieux de danse particuliers constituent un autre groupe vulnérable. Il existe de

nombreux documents sur la relation entre des cultures de jeunes spécifiques et la drogue, dont les plus récents concernent l'expansion de la consommation d'ecstasy (MDMA) (Griffiths et al., 1997; Springer et al., 1999). Dans les lieux de danse «techno», la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie varie entre 12,5 % (Athènes) et 85 % (Londres), contre une prévalence au cours de la vie de 1 % (Grèce) à 8 % (Royaume-Uni) parmi la population générale des jeunes adultes (OEDT, 2002a).

Communauté

Ces dernières années, on a accordé une attention accrue aux déterminants sociaux, économiques et culturels, notamment à l'environnement matériel (Spooner et al., 2001; Lupton et al., 2002). Les problèmes de toxicomanie sont souvent concentrés dans des zones géographiques et des lieux d'habitation déterminés. Par exemple, le rapport national irlandais mentionne que les enfants, dans le cadre de groupes thématiques, relaient des rencontres avec des usagers de drogues et faisaient des références occasionnelles à la présence sur les escaliers et les balcons d'attirail utilisé par les toxicomanes. Les parents vivant dans ces quartiers étaient extrêmement inquiets en raison du haut niveau d'exposition de leur enfant aux drogues (O'Higgins, 1999).

Décès et urgences hospitalières

Les décès liés à la drogue et à l'alcool chez les moins de 20 ans sont relativement rares. Cependant, au cours des années 90, le nombre de décès liés à la drogue chez les jeunes dans l'UE a globalement augmenté de façon constante. Au total, 3 103 décès ont été enregistrés chez les jeunes citoyens de l'UE entre 1990 et 2000 ⁽¹⁷³⁾. Le nombre d'années perdues comparable pour le décès d'un jeune est plus élevé que pour une personne plus âgée lorsque l'on calcule les années d'espérance de vie perdues ⁽¹⁷⁴⁾. Des informations détaillées sur les décès liés à la drogue peuvent être consultées aux pages 28-32. Le Royaume-Uni est le seul État membre à signaler des décès spécifiquement liés à l'inhalation de substances volatiles. Sur une période de 18 ans, 1 707 décès spécifiquement liés à ce phénomène sont survenus. La majorité de ces décès concernait des personnes de 15 à 19 ans (Field-Smith et al., 2002). Malgré l'attention médiatique accordée aux décès liés à l'ecstasy, les inhalants constituent probablement un risque sanitaire plus important pour les adolescents que d'autres formes de l'usage de drogues.

Dans l'Union européenne, il n'existe pas de collecte régulière de données sur les urgences hospitalières liées à la toxicomanie en raison de la nature dissimulée de l'usage de drogues illicites, de la consommation d'alcool en association avec d'autres drogues et du manque d'analyses toxicologiques (Tait et al., 2002). Les rares données dont on dispose indiquent que dans certains États membres, l'alcool représente un fardeau plus lourd pour les services de santé que la consommation de drogues illicites. Selon des estimations de l'OMS, l'alcool est la cause de 10 à 11 % de

⁽¹⁷¹⁾ Graphique 50 EL — Pourcentage des lycéens de 15 à 16 ans qui se sont enivrés ou ont expérimenté le cannabis à l'âge de 13 ans ou plus jeunes.

⁽¹⁷²⁾ Graphique 51 EL — Comparaison de l'usage de drogues chez les groupes vulnérables.

⁽¹⁷³⁾ Graphique 52 EL — Décès directement liés à la drogue signalés dans l'UE parmi les jeunes de moins de 20 ans.

⁽¹⁷⁴⁾ Actuellement, l'espérance de vie moyenne en UE est de 75 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes.

l'ensemble des maladies et des décès survenant chaque année dans les pays développés (Rehn et al., 2001). Par exemple, une étude danoise réalisée en 2001 auprès des jeunes a révélé que moins de jeunes de 17 ans déclaraient avoir été hospitalisés pour des problèmes liés à la drogue qu'ils ne l'avaient été pour des problèmes liés à l'alcool (rapport national danois). En Irlande, une étude régionale sur les annotations des dossiers hospitaliers sur une période de 3 mois a révélé que près de l'ensemble des 55 admissions hospitalières concernant des jeunes de 10 à 18 ans étaient liées à l'alcool seul ou à des autoempoisonnements délibérés (Mid-Western Health Board, 2002; mentionné dans le rapport annuel irlandais).

Réponses juridiques et recommandations

Dans presque tous les États membres, la disponibilité de l'alcool est contrôlée au moyen d'un monopole de l'État ou d'un système de licences. Des tentatives pour contrôler l'accès des jeunes à l'alcool ont été menées dans la plupart des États membres de l'UE par l'application de restrictions d'âge (habituellement 16 ou 18 ans) à la vente d'alcool à emporter et à consommer sur place. Les restrictions d'âge introduites par le Portugal sont relativement récentes, datant de janvier 2002. Les restrictions à la publicité pour l'alcool varient d'une interdiction complète à l'absence de restrictions, en passant par des codes publicitaires volontaires (Rehn et al., 2001; Bye, 2002). Au Royaume-Uni, la vente de recharges de briquet aux moins de 18 ans a été restreinte par les règlements (de sécurité) de 1999 sur les recharges de briquet (Field-Smith et al., 2002). On estime que cette législation ainsi que les campagnes d'information à l'intention des parents ont entraîné une diminution des décès. Il existe des différences dans la législation, et la pratique est peu connue. En Allemagne, on relève un exemple d'une nouvelle initiative visant à traiter les questions relevant de la pratique: le pays a récemment introduit la loi sur le «jus de pomme», en vertu de laquelle les bars doivent proposer au moins une boisson non alcoolisée moins chère que le moins cher des alcools (rapports nationaux allemands et néerlandais). Au Royaume-Uni, un nouveau programme est en train d'être lancé par les détaillants, avec le soutien du gouvernement, pour fournir un «passeport» spécial aux jeunes clients afin de contribuer à faire appliquer les restrictions d'âge sur l'achat d'alcool et de substances volatiles (BBC News).

Ces dernières années, les Pays-Bas ont introduit ou augmenté les contrôles dans les *coffee shops*, et ceux vendant du cannabis près des écoles ont été fermés. Les moins de 18 ans n'ont pas l'autorisation d'acheter du cannabis. La publicité pour les produits à base de cannabis est interdite, et récemment les contrôles plus stricts des *coffee shops* ont permis de réduire considérablement le nombre de clients de moins de 18 ans (rapport national néerlandais). À Copenhague, au Danemark, la police a fermé environ 50 clubs de cannabis depuis qu'une loi interdisant l'accès de visiteurs à certains locaux est entrée en vigueur (rapport national danois).

En Irlande et au Royaume-Uni, des initiatives ont été prises récemment pour combattre les difficultés liées à la drogue et à

l'alcool chez les jeunes. Par exemple, en Irlande, la loi sur les enfants (1999) place le contrôle des enfants sous la responsabilité des parents. Les sanctions pour les parents comprennent le traitement de leur propre toxicomanie et la formation aux compétences parentales. Les enfants qui sont considérés comme livrés à eux-mêmes peuvent être soumis à des couvre-feux nocturnes. En Irlande encore, deux initiatives nationales d'ordre public sont opérées par la police. L'opération Oíche est axée sur la consommation d'alcool et l'usage de drogues illicites par des mineurs, ainsi que sur la vente d'alcool aux mineurs. L'opération Encounter, quant à elle, est concentrée sur les conduites asociales dans la rue et dans les débits de boissons, les discothèques et les lieux de restauration rapide. Pour plus de détails sur les réponses juridiques, voir en page 42.

Un large éventail de besoins et de réponses

Un des principaux objectifs de l'UE dans la lutte contre l'abus de drogue et d'alcool est d'effectuer des interventions appropriées afin d'atteindre une efficacité optimale. L'action principale est axée sur cinq grands groupes cibles qui se recoupent parfois, déterminés aux fins des stratégies d'intervention: 1) les jeunes d'âge scolaire; 2) les jeunes usagers de drogues à des fins expérimentales et récréatives; 3) les jeunes vivant dans des zones défavorisées; 4) les jeunes délinquants et 5) les jeunes ayant besoin d'un traitement de la toxicomanie (175).

Les jeunes d'âge scolaire

La prévention dans les écoles est l'action généralement utilisée pour cette cible. Des détails sur ces interventions sont consultables en p. 44.

Au niveau de la politique scolaire, plusieurs États membres ont émis des recommandations sur la façon de réagir face aux incidents liés à la drogue et aux élèves usagers de drogues. En France, la politique est essentiellement axée sur «les points de référence pour la prévention des comportements à risques dans les écoles» et la résolution des problèmes par le biais de conseils ciblés. Les efforts sont centrés sur la formation professionnelle du personnel scolaire afin de gérer les comportements déviants des jeunes. En Allemagne et en Autriche, les programmes «STEP-by-STEP» (176) aident les enseignants à identifier les élèves usagers de drogues et à intervenir auprès d'eux. En Norvège, un manuel a été publié à cet effet.

Le service consultatif de prévention de la toxicomanie au Royaume-Uni a évalué un programme de prévention de la toxicomanie à l'intention des jeunes exclus du système scolaire et a conclu que les programmes de lutte contre la drogue sont tout à fait nécessaires, mais que les brèves périodes d'éducation à la lutte contre la toxicomanie sont insuffisantes. Une grande partie des jeunes ciblés par le programme consommaient déjà des drogues, ce qui implique que les programmes devraient être mis en œuvre à un âge plus précoce et devraient clairement identifier et traiter les problèmes. Le nouveau cadre national pour la prévention du Portugal prévoit d'affecter 400 000 euros à un programme scolaire alternatif et à la formation professionnelle précoce pour les jeunes

(175) Graphique 53 EL — Prévention sélective — Cibles des interventions.

(176) Voir EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36).

ayant abandonné l'école. Presque toutes les communautés autonomes espagnoles ont déjà mis en place de tels programmes. En Grèce, les interventions précoces s'adressent aux usagers de drogues adolescents et à leurs familles (thérapie familiale), ainsi qu'aux adolescents ayant des problèmes avec la justice.

Les jeunes usagers de drogues à des fins expérimentales et récréatives dans la communauté

On reconnaît de plus en plus les risques potentiels liés à la consommation d'alcool et de drogues illicites chez une proportion réduite mais significative de la population des jeunes. Pour une action plus efficace, il est important de cibler les catégories vulnérables de jeunes qui consomment de l'alcool et expérimentent les drogues à des fins récréatives tout en étant inconscients ou incapables de maîtriser les risques liés à leur mode de consommation des substances (surdoses, accidents, comportements délinquants, violence, perte des capacités d'étude ou de travail, maladies infectieuses sexuellement transmissibles ou dommages sanitaires à long terme au foie/au cerveau, etc.) (Boys et al., 1999; Parker et Egginton, 2002). L'évolution des modèles de consommation de l'alcool et des drogues à des fins récréatives est de plus en plus préoccupante au sein de l'UE, en particulier en raison des risques sanitaires pour les femmes. Les lieux de divertissement tels que les bars, les discothèques, les clubs de sport et les clubs de jeunes semblent être des endroits adaptés pour la prévention de la toxicomanie, car ils garantissent un contact avec un grand nombre de jeunes, dont beaucoup consomment des drogues ou risquent de le faire⁽¹⁷⁷⁾. On relève un besoin urgent de documentation méthodologique et d'évaluation approfondie des interventions dans ce cadre.

En France, en 2001, au moins 30 % des départements avaient pris des mesures préventives ou fournissaient des services de premiers secours lors des soirées dansantes. Dans l'une des zones relevant d'un service de santé régional en Irlande, le projet «The sound decisions» («Les bonnes décisions»)⁽¹⁷⁸⁾ s'adresse au personnel et aux clients des discothèques. Cependant, au Luxembourg, il n'existe pas de cadre juridique pour les interventions des organismes de lutte contre la drogue.

Des cours de formation aux premiers secours pour les formateurs en cas d'accidents liés à la toxicomanie dans les lieux de divertissement sont organisés aux Pays-Bas.

L'initiative néerlandaise «Going out and drugs» (les sorties et la drogue) comprend des interventions dans différents lieux extrascolaires où les jeunes consomment des drogues, tels que les *coffee shops*, les discothèques, les soirées et les clubs, ainsi que les lieux dans lesquels les grandes manifestations musicales sont organisées.

Plusieurs projets abordent les usagers de drogues dans le cadre de manifestations musicales pour réduire les risques de

consommation de drogues licites et illicites. Parfois, l'équipe chargée du projet se déplace dans les différentes manifestations en mobile home, un système qui permet d'obtenir une atmosphère calme pour prodiguer des conseils informels. Des centres d'appel ou des sites web spéciaux⁽¹⁷⁹⁾ complètent ces dispositifs.

Une vue d'ensemble et analyse d'exemples de prévention dans les lieux festifs a été élaborée dans le cadre des projets de l'EDDRA⁽¹⁸⁰⁾. Une description des projets et des politiques actuelles est fournie dans une série de tableaux en ligne⁽¹⁸¹⁾.

Selon une étude récente financée par la Commission, les services de conseils spécifiques sur le terrain et les interventions de contrôles de pilules sur site lors des soirées «raves» sont efficaces, car ils touchent des jeunes qui, bien qu'ils consomment régulièrement des drogues, ne se considèrent pas comme des toxicomanes et ne contacteraient pas les services officiels d'aide aux toxicomanes. L'étude a également révélé que le contrôle des pilules n'est pas en contradiction avec les interventions de prévention axées sur l'abstinence⁽¹⁸²⁾. En Autriche et en Espagne, ces procédures se sont récemment développées, tandis qu'aux Pays-Bas, elles sont limitées aux services ayant des normes élevées de précision méthodologique.

Une autre série d'interventions portent sur des groupes de pairs et d'autoassistance, des alternatives à l'usage de drogue, telles que des informations et une assistance psychosociale ainsi que la participation à des activités culturelles ou sportives (par exemple des camps de vacances estivaux en Grèce). En Espagne, des programmes de loisir alternatifs sont proposés depuis quelques années dans l'ensemble du pays.

Au Danemark, en Norvège et en Suède, les «corbeaux de nuit» sont des adultes bénévoles qui patrouillent dans les rues du centre-ville pendant les soirées et les nuits de week-end. Leur mission est d'être visibles et disponibles pour les jeunes. Le principe repose sur l'idée que leur présence réduira les risques de violence et de nuisances.

Les jeunes des quartiers défavorisés

En Suède, la commission de la toxicomanie a entrepris une revue de la littérature de recherche sur les solutions préventives (Narkotikakommissionen, 2000) et a conclu que trois types d'initiatives sont nécessaires: des initiatives spécifiques ciblant les personnes les plus pauvres, des initiatives générales d'amélioration de la santé publique et des initiatives visant à aider les familles vulnérables.

L'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni sont les seuls États membres qui identifient des zones particulières en vue d'y proposer des programmes spéciaux. En Irlande, le Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) (Fonds pour les services et les structures destinées à la jeunesse) vise à attirer les jeunes «à

⁽¹⁷⁷⁾ Graphique 54 EL — Prévention sur des groupes cibles dans des lieux de divertissement.

⁽¹⁷⁸⁾ Voir http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Voir <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Voir http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Tableau 16 EL — Principaux paramètres quantitatifs de la prévention dans les lieux de divertissement; tableau 17 EL — Travail de proximité/prévention dans les lieux de divertissement; et le tableau 18 EL — Vue d'ensemble des politiques et des cadres de travail de proximité/de prévention dans les lieux de divertissement.

⁽¹⁸²⁾ Voir http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

risques» des zones défavorisées vers les structures et les activités qui les détournent des dangers de la toxicomanie. Au Royaume-Uni, «Positive Futures» opère dans 57 zones défavorisées pour détourner les jeunes vulnérables des drogues et de la criminalité par la participation à des activités sportives. Les premiers résultats sont encourageants; ils montrent une réduction de l'activité criminelle et de l'absentéisme et une meilleure sensibilisation de la communauté. Les zones d'action sanitaire (Health Action Zones, HAZ) sont des partenariats interorganismes situés dans certaines zones parmi les plus défavorisées d'Angleterre, et leur but est de s'attaquer aux inégalités en matière de santé par le biais de programmes de modernisation des soins de santé et de l'aide sociale, afin de couvrir une grande partie des jeunes vulnérables considérés comme étant «à risques» en termes d'abus de drogues (130 projets et initiatives dans les 26 HAZ). «Connexions» est un service de conseil et d'assistance du Royaume-Uni à l'intention des jeunes de 13 à 19 ans, qui comprend l'identification des jeunes à risques et leur orientation vers des services spécialisés d'aide aux toxicomanes. Vingt-sept partenariats étaient opérationnels en 2002, et 20 devraient être lancés d'ici à 2003.

Au Royaume-Uni, l'ensemble des Drug Action Teams (DAT) («Équipes d'action antidrogue») a réalisé une évaluation des besoins des jeunes en 2001 et doit, par le biais des Young People Substances Misuses Plans (YPSMPS) («Plans sur l'abus de substances par les jeunes»), planifier des services destinés aux jeunes qui vont des services de prévention universelle aux services de traitement pour abus de substances et sont basés sur les besoins locaux.

En Autriche, des centres mobiles s'adressant aux jeunes dans la rue travaillent en étroite collaboration avec les autres organisations d'aide concernées pour fournir une assistance aux adolescents et aux jeunes adultes usagers de drogues à un stade précoce. L'augmentation future de la couverture géographique de ces centres est envisagée ⁽¹⁸³⁾.

En Finlande, les Walkers youth cafés ⁽¹⁸⁴⁾ (cafés de jeunes) fournissent des interventions précoces et opèrent actuellement dans 24 localités. Les bénévoles adultes formés, assistés par des professionnels travaillant avec les jeunes, jouent un rôle important. Un effort a été fait pour développer ces cafés dans des lieux de rencontre sans risque. De même, en Irlande, dans l'une des zones relevant du service de santé régional, un café a été ouvert en vue de proposer des conseils sanitaires aux jeunes dans un but à la fois de prévention et d'accès direct aux services de santé.

En Norvège, la plupart des grandes municipalités disposent de services de proximité. Leurs objectifs comprennent diverses interventions de prévention à l'intention des préadolescents et des jeunes ainsi que des conseils et une orientation vers les services d'assistance et de traitement.

Les jeunes délinquants

Certains États membres proposent des programmes ciblés d'assistance, de formation et de proximité pour les jeunes à risques tels que les jeunes délinquants. Le principal impact de

certaines de ces initiatives a été la réduction du nombre de jeunes écopant de condamnations pénales.

Les interventions offrent une alternative aux stratégies de répression et de sanction, dans le but de réduire ou d'éviter le risque que les jeunes ne deviennent des délinquants à vie avec des conséquences irréversibles. Au Royaume-Uni, les Youth Offending Teams (YOT, équipes d'aide aux jeunes délinquants) sont composées de professionnels dans le domaine de la drogue qui évaluent la toxicomanie des jeunes délinquants et, le cas échéant, proposent des interventions pour prévenir la poursuite de la consommation de drogues. Le projet luxembourgeois «MSF-Solidarité jeunes» fonctionne de manière similaire en collaboration directe avec les juges des enfants et les acteurs compétents en matière de répression.

Le projet FRED en Allemagne a pour objectif des interventions précoces avec des usagers de drogues déclarés pour la première fois ⁽¹⁸⁵⁾. Des projets de répression finnois fonctionnent selon les mêmes principes.

Les jeunes ayant besoin d'un traitement

La demande de traitement de la toxicomanie est un indicateur significatif de la dépendance et du besoin de drogues. En 2001, dans l'UE, les jeunes de moins de 20 ans représentaient un peu moins de 10 % de la demande totale déclarée en matière de traitement spécialisé de la toxicomanie. Plus de la moitié de ces jeunes étaient sous traitement pour le cannabis en tant que drogue de consommation principale. Près d'un quart étaient traités pour des problèmes liés aux opiacés, et le reste était divisé de façon égale entre les traitements pour l'usage de cocaïne et ceux qui concernaient d'autres drogues stimulantes. Toutefois, il existe des différences entre les pays, par exemple, l'Irlande traite une proportion de jeunes plus importante que tout autre pays de l'UE. Le traitement des moins de 18 ans est compliqué par des questions d'accord parental et des inquiétudes sur la prescription de drogues de substitution en l'absence de recherches suffisantes sur les effets de ces drogues dans cette tranche d'âge. La plupart des jeunes sous traitement ayant de graves problèmes de toxicomanie fréquentent les lieux de traitement ordinaires.

Des services de traitement spécialisés ont été créés dans certains pays. Par exemple, aux Pays-Bas, il existe une petite clinique pour les 13-18 ans. En Finlande, l'accent est porté sur une séquence de traitement psychosocial intensif et soutenu, avec un traitement obligatoire en établissement. D'après les informations de 1999, il y avait six unités de traitement pour les jeunes toxicomanes, pour un total de 40 lits. En outre, des maisons de redressement disposaient de trois unités spécialisées dans le traitement de la toxicomanie, pour un total de 23 lits. Au Luxembourg, il existe un centre spécialisé, dont 43 % des patients ont moins de 16 ans. En Grèce, les interventions précoces sont destinées aux usagers de drogues adolescents et à leur famille (thérapie familiale) aussi bien qu'aux adolescents ayant des problèmes avec la justice.

⁽¹⁸³⁾ Voir «Auftrieb» sur http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Voir <http://www.aseanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat-suomessa/>.

⁽¹⁸⁵⁾ Voir EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

En Suède, les jeunes de 12 à 21 ans présentant de graves difficultés psychosociales souvent associées à des éléments de comportement délinquant et à l'usage de substances psychoactives, peuvent être placés dans des établissements de traitement sans leur consentement. Les méthodes de traitement comprennent la thérapie environnementale, la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie cognitive comportementale et, pour la toxicomanie, la méthode en 12 étapes. En remplacement de la prison, les jeunes délinquants seront pris en charge dans le cadre d'un traitement de soins pour la jeunesse en établissement fermé⁽¹⁸⁶⁾ en vertu de la loi sur les soins destinés à la jeunesse (dispositions spéciales). Pour plus d'informations sur les solutions en matière de traitement, voir en page 49.

Exclusion sociale et réinsertion

Définitions et concepts

D'après la dernière enquête sur la précarité et l'intégration sociales⁽¹⁸⁷⁾, la proportion de la population européenne à risques en termes de pauvreté et d'exclusion sociale varie entre 9 et 22 % (Conseil européen, 2001). Les personnes considérées comme étant socialement exclues sont celles qui «ne peuvent participer pleinement à la vie économique, sociale et citoyenne et/ou dont l'accès à un revenu et à d'autres ressources (personnelles, familiales, sociales et culturelles) est inadapté au point qu'elles ne peuvent bénéficier d'une qualité et d'un niveau de vie considérés comme acceptables par la société dans laquelle elles vivent» (Gallie et Paugam, 2002).

L'exclusion sociale peut ainsi être définie comme la conjonction d'un manque de ressources économiques, d'un isolement social et d'un accès limité aux droits sociaux et civiques. Il s'agit d'un concept relatif au sein de toute société déterminée (CEIES, 1999) qui représente une accumulation progressive de facteurs sociaux et économiques au cours du temps. Les facteurs qui peuvent contribuer à l'exclusion sociale sont les difficultés liées à l'emploi, à l'éducation et au niveau de vie, à la santé, à la nationalité, à l'abus de drogues, aux différences entre les sexes et à la violence (Conseil européen, 2001; rapports nationaux, 2002).

L'usage de drogues peut être considéré soit comme une conséquence, soit comme une cause d'exclusion sociale (Carpentier, 2002): la consommation de drogue peut entraîner une détérioration des conditions de vie, mais d'un autre côté, les processus de marginalisation sociale peuvent constituer une raison pour commencer à se droguer. Néanmoins, la relation entre la toxicomanie et l'exclusion sociale n'est pas nécessairement une relation causale, car l'exclusion sociale «ne s'applique pas à tous les consommateurs de drogues» (Tomas, 2001).

En tenant compte de cette complexité, on peut analyser à la fois la consommation de drogues chez les populations socialement exclues et l'exclusion sociale chez les toxicomanes (graphique 22).

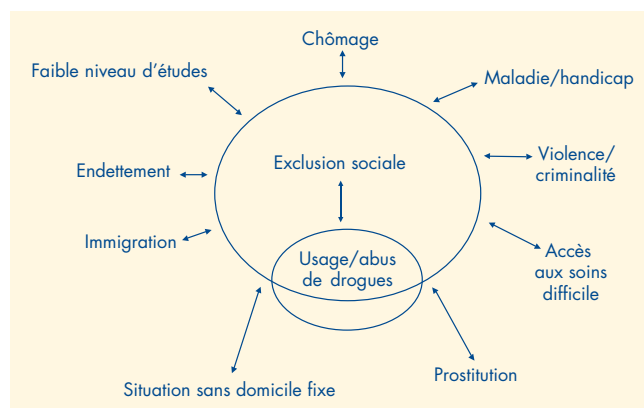
Modèles de consommation de drogues et conséquences observées chez les personnes socialement exclues

D'après les ouvrages et les travaux de recherche sur le sujet, les populations suivantes sont généralement considérées comme étant en danger d'exclusion sociale: les détenus, les immigrants⁽¹⁸⁸⁾, les sans-abri, les prostitués et les jeunes vulnérables. Il convient de tenir compte des distorsions et des limites méthodologiques des informations présentées sur l'usage et les modèles de consommation de drogues chez les groupes socialement exclus, en raison du manque de sources d'information et de données comparables dans toute l'Europe.

Les études ont montré une relation étroite entre l'incarcération et la consommation de drogues (voir également p. 34). Une grande partie des détenus étaient des consommateurs de drogues avant d'être incarcérés, et le motif de leur incarcération est souvent lié à l'usage de drogues. Cependant, certains suivent un parcours inverse et commencent à se droguer seulement après leur entrée en prison à la suite d'un délit. D'après des études, entre 3 et 26 % des usagers de drogues dans les prisons européennes commencent à se droguer en prison, et entre 0,4 et 21 % des UDVI incarcérés commencent à s'injecter des drogues au cours de leur séjour en prison. L'usage de drogues au sein de la prison est très courant: jusqu'à 54 % des détenus déclarent consommer des drogues pendant leur incarcération, et jusqu'à 34 % d'entre eux déclarent s'injecter des drogues en prison (Stoever, 2001; OEDT, 2002a).

La relation entre «les Noirs et les minorités ethniques» et l'usage de drogue est moins évidente, étant donné le peu d'informations dont on dispose. Il n'existe aucune donnée scientifique prouvant que la consommation de drogues est plus élevée chez les immigrants que dans la population générale. Cependant, certaines études portant sur des minorités ethniques déterminées ont révélé une proportion d'usagers de drogues à problèmes

Graphique 22 — Relation entre l'exclusion sociale et l'usage de drogues



⁽¹⁸⁶⁾ Voir <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

⁽¹⁸⁷⁾ Eurobaromètre 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_fr.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Selon l'OEDT (2002b), les immigrants sont définis comme «les Noirs et les minorités ethniques» et comprennent des populations immigrantes provenant de diverses communautés vivant dans les pays de l'UE.