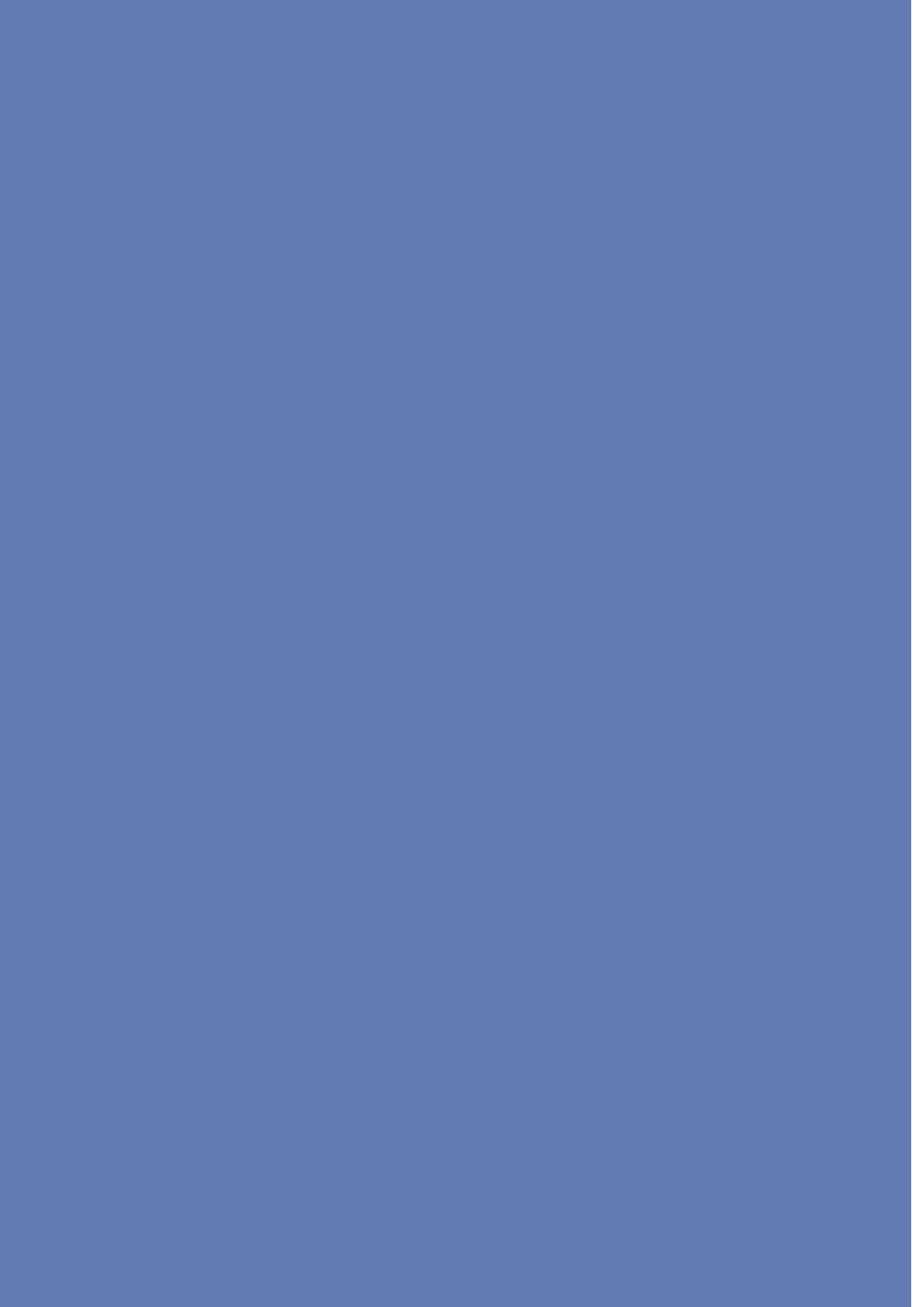




Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2010

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE





Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2010

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE

Avis juridique

Cette publication de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est protégée par la législation sur le droit d'auteur. L'OEDT décline toute responsabilité quant aux conséquences de l'utilisation des données figurant dans ce document. Le contenu de cette publication ne reflète pas nécessairement l'opinion officielle des partenaires de l'OEDT, des États membres de l'Union européenne ou de toute institution ou organe de l'Union européenne.

Un grand nombre d'informations complémentaires sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

Un numéro unique gratuit (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.

Ce rapport est disponible en allemand, anglais, bulgare, danois, espagnol, estonien, finnois, français, grec, hongrois, italien, letton, lituanien, néerlandais, polonais, portugais, roumain, slovaque, slovène, tchèque, suédois et norvégien. Toutes les traductions ont été effectuées par le Centre de traduction des organes de l'Union européenne.

Une fiche catalographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2010

ISBN 978-92-9168-434-2

doi:10.2810/34205

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2010

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Luxembourg

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal
Tél. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Table des matières

Préface	5
Remerciements	9
Remarques préliminaires	11
Commentaire: Réalités d’hier, menaces d’aujourd’hui et austérité économique: panorama actuel de la politique antidrogue européenne	15
Chapitre 1: Politiques et législations	
Évolution des politiques internationales et européennes • Stratégies antidrogue nationales • Dépenses publiques et coûts sociaux • Législation nationale • Recherche	23
Chapitre 2: La réponse au problème de la drogue en Europe — Vue d’ensemble	
Prévention • Traitement • Réduction des risques • Exclusion et réinsertion sociales • Répression antidrogue et infractions liées à la drogue • Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral	32
Chapitre 3: Cannabis	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Traitement	46
Chapitre 4: Amphétamines, ecstasy et substances hallucinogènes	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Lieux récréatifs • Traitement	57
Chapitre 5: Cocaïne et crack	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Conséquences sur la santé • Usage problématique et demandes de traitement • Traitement et réduction des risques	69
Chapitre 6: Consommation d’opiacés et injection de drogue	
Offre et disponibilité • Usage problématique d’opiacés • Consommation de drogue par voie intraveineuse • Traitement	80
Chapitre 7: Maladies infectieuses et décès liés à la drogue	
Maladies infectieuses • Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées • Mortalité et décès • Réduction du nombre de décès	90
Chapitre 8: Nouvelles drogues et tendances émergentes	
Action de l’Union européenne sur les nouvelles drogues • Phénomène du «spice» • Suivi d’autres substances	102
Références	109



Préface

Nous sommes fiers de vous présenter cette quinzième édition du rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. L'analyse qu'il contient repose sur les données collectées par le réseau Reitox des points focaux nationaux, qui travaillent en étroite collaboration avec leurs experts nationaux. Ce rapport a bénéficié de notre collaboration avec la Commission européenne, Europol, l'Agence européenne des médicaments et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Comme chaque année, vous trouverez dans ce rapport un état des lieux exhaustif du phénomène de la drogue en Europe et des mesures prises pour y faire face. Notre tâche va toutefois plus loin que la simple compilation de statistiques. Le rapport est guidé par la nécessité d'identifier et de partager les meilleures pratiques et de soutenir des interventions fondées sur des preuves. Cet impératif s'applique aussi aux actions visant l'offre et la demande de drogues. À la lecture de cette publication, il est clair que nous avons désormais une idée plus précise de ce qui fonctionne, et que l'Europe a réalisé de grandes avancées dans certains domaines. Malgré cela, des fonds sont toujours alloués à des approches dont l'efficacité n'est pas avérée. Compte tenu des contraintes qui pèsent actuellement sur les deniers publics, il est encore plus nécessaire de veiller à ce que les fonds soient dépensés à bon escient. À cet égard, notre rôle est d'apporter une évaluation neutre et impartiale des éléments de preuve qui servent de base aux interventions.

Bien qu'il soit centré sur l'Europe, le rapport souligne à plusieurs reprises le caractère international du phénomène de la drogue. Ainsi, il s'attarde, par exemple, sur les problèmes croissants et graves liés à la drogue que rencontrent aujourd'hui de nombreux pays voisins de l'Union européenne. Il ne s'agit pas simplement d'une catastrophe en termes de santé publique pour les pays concernés; en sapant le développement social et en alimentant la corruption et la criminalité organisée, ces problèmes constituent une menace réelle pour l'Union européenne. L'Europe s'est engagée à mettre en œuvre une politique de lutte contre la drogue équilibrée, fondée sur des preuves et soutenue par une compréhension profonde du phénomène de la drogue. Nous nous félicitons que l'influence du modèle européen servant à la mise en place de systèmes nationaux d'information sur la drogue s'étende, et nous nous réjouissons du rôle croissant de l'OEDT dans les initiatives européennes visant

à aider les pays tiers à renforcer leurs capacités en la matière.

Le million estimé de patients qui suivent un traitement pour dépendance à la drogue atteste du travail qui a été réalisé pour rendre les soins accessibles à ceux qui en ont besoin. Parallèlement, ce chiffre nous rappelle l'ampleur du problème auquel l'Europe doit faire face. Le traitement de substitution aux opiacés continue à représenter l'essentiel de la réponse dans ce domaine, et l'approche semble évoluer, puisque des questions sont posées sur les perspectives à long terme des patients en traitement. Ce sont certes des questions cruciales, mais il est tout aussi important de reconnaître les bénéfices qu'apporte pour la santé publique et la société une offre accrue de traitement.

La disponibilité accrue des traitements est une constatation positive; néanmoins, il subsiste des écarts considérables dans l'accès aux soins en Europe. Dans la pratique, les traitements sont parfois les moins accessibles à ceux qui en ont le plus besoin. Ces inégalités ne sont pas uniquement géographiques. Le rapport de cette année analyse l'importance du milieu carcéral pour le ciblage des personnes connaissant des problèmes de toxicomanie. Bien que des progrès aient été enregistrés dans ce milieu, trop souvent, une occasion précieuse d'intervenir auprès d'un groupe d'usagers de drogue à problèmes est perdue.

Ce rapport vous parvient à une période difficile. La situation économique actuelle soumet les États membres de l'Union européenne à des défis pressants, et ses conséquences sur les niveaux de consommation de drogue et de fourniture de services doivent être soigneusement évaluées. Il est trop tôt pour prédire l'impact que la crise économique aura sur la consommation de drogue en Europe, mais nous savons que les communautés marginalisées et socialement défavorisées sont les plus durement touchées par les problèmes de drogue. Les services destinés aux consommateurs de drogue sont de plus en plus menacés de restrictions budgétaires, qui pourraient avoir un effet négatif non seulement sur les usagers de drogue, mais aussi sur les communautés dans lesquelles ils vivent. Ce n'est toutefois pas le seul défi que l'Europe devra relever en matière de lutte contre la drogue. De plus en plus, les changements dans l'offre des drogues

connues et l'émergence de nouvelles substances mettent à l'épreuve nos modèles de contrôle des stupéfiants. Les problèmes soulevés par ces changements sont complexes et s'influencent mutuellement. Ils requerront une réponse concertée et collective. Le message positif de ce rapport est que l'Europe améliore sa capacité à surveiller ce phénomène en mutation rapide. C'est une condition préalable indispensable pour comprendre les défis qui

nous attendent et faire en sorte que nos réponses politiques suivent le rythme d'une situation en évolution constante.

João Goulão

Président du conseil d'administration de l'OEDT

Wolfgang Götz

Directeur de l'OEDT





Remerciements

L'OEDT souhaite adresser ses remerciements aux personnes et organisations suivantes pour leur contribution à la production de ce rapport:

- les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- les services de chaque État membre qui ont recueilli les données brutes pour ce rapport;
- les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'OEDT;
- le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne — en particulier son groupe horizontal «Drogue» — et la Commission européenne;
- le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'Agence européenne des médicaments (EMA) et Europol;
- le groupe «Pompidou» du Conseil de l'Europe, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Interpol, l'Organisation mondiale des douanes, le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) et le Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN);
- le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications de l'Union européenne.

Points focaux nationaux Reitox

Reitox est le réseau européen d'information sur la drogue et la toxicomanie. Il se compose de points nationaux situés dans les États membres de l'Union européenne, en Norvège, dans les pays candidats et à la Commission européenne. Placés sous la responsabilité de leurs gouvernements respectifs, les points focaux sont les autorités nationales chargées de fournir des informations sur la drogue à l'OEDT.

Les coordonnées des points focaux nationaux sont disponibles sur le site de l'OEDT.



Remarques préliminaires

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne (UE), les pays candidats, la Croatie et la Turquie, ainsi que la Norvège sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2008 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée ou vise à mettre en lumière certaines tendances.

L'analyse des tendances ne repose que sur les pays ayant fourni des données suffisantes pour rendre compte des modifications intervenues au cours de la période donnée. Les chiffres de 2007 peuvent être utilisés en remplacement des valeurs manquantes pour 2008 dans l'analyse des tendances du marché de la drogue. Pour les autres tendances, les données manquantes peuvent être extrapolées.

En lisant ce rapport annuel, il convient de garder à l'esprit certaines informations générales et quelques mises en garde présentées ci-après.

Données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues

Les informations systématiques et habituelles permettant de décrire les marchés et le trafic de la drogue sont toujours limitées. Les estimations de la production d'héroïne, de cocaïne et de cannabis sont déduites d'estimations des cultures s'appuyant sur un travail de terrain (prélèvement d'échantillons sur le terrain) et des images aériennes ou satellites. Ces estimations présentent certaines limites importantes liées, par exemple, aux variations de rendement ou à la difficulté d'assurer la surveillance de cultures telles que le cannabis, qui sont cultivées en intérieur ou qui ne sont pas cultivées dans des zones géographiques bien définies.

On considère généralement que les saisies de drogue constituent un indicateur indirect de l'offre, des itinéraires de trafic et de la disponibilité des drogues. Elles constituent un indicateur plus direct des activités répressives de lutte contre la drogue (par exemple les priorités, les moyens et les stratégies) et reflètent également les pratiques de communication des informations et la vulnérabilité des trafiquants. On peut également analyser les données sur la pureté ou la puissance ainsi que sur les prix au détail

Accès au rapport annuel et à ses sources de données sur l'internet

Le rapport annuel est téléchargeable en 22 langues sur le site de l'OEDT. La version électronique contient des liens vers toutes les sources en ligne citées dans le rapport annuel.

Les ressources suivantes ne sont disponibles que sur l'internet.

Le bulletin statistique 2010 contient l'ensemble des tableaux sources sur lesquels repose l'analyse statistique énoncée dans le rapport annuel. Il fournit également des détails complémentaires sur la méthodologie suivie et une centaine de graphiques statistiques supplémentaires.

Les rapports nationaux des points focaux Reitox décrivent et analysent l'état du phénomène de la drogue dans chaque pays.

Les profils de pays présentent un résumé graphique pointu des principaux aspects de l'état du phénomène de la drogue dans chaque pays.

des drogues illicites pour comprendre les marchés de vente au détail de la drogue. Les prix de vente au détail des drogues qui sont communiqués à l'OEDT reflètent le prix au consommateur. Les tendances sont ajustées pour tenir compte de l'inflation au niveau national. Les rapports de la plupart des pays sur la pureté ou la puissance se fondent sur un échantillon des drogues saisies, et il n'est généralement pas possible de relier les données rapportées à un niveau spécifique du marché de la drogue. En ce qui concerne la pureté, la puissance et les prix au détail, les analyses s'appuient sur les moyennes déclarées ou, en leur absence, sur des valeurs médianes. La disponibilité des données sur les prix et la pureté peut être limitée dans certains pays, et leur fiabilité et leur comparabilité peuvent poser question.

L'OEDT collecte des informations nationales sur les saisies de drogue, leur pureté et leur prix au détail en Europe. Les autres données sur l'offre de drogue proviennent des systèmes d'information et des analyses de l'ONUDC et sont complétées par des informations supplémentaires émanant d'Europol. Les informations sur les produits précurseurs sont obtenues auprès de la Commission européenne, qui collecte des données sur les saisies de ces substances dans l'UE, et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), qui participe à des initiatives internationales visant

à prévenir le détournement de précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication de drogues illicites.

Les données et les estimations présentées dans ce rapport constituent les meilleures approximations disponibles, mais elles doivent être interprétées avec prudence, car de nombreuses régions du monde ne disposent pas de systèmes d'information sophistiqués en ce qui concerne l'offre de drogue.

Prévalence de la consommation de drogue mesurée par les enquêtes sur la population générale

L'usage de drogue dans la population générale ou en milieu scolaire peut être évalué au moyen d'enquêtes représentatives qui donnent des estimations de la proportion de personnes déclarant avoir consommé certaines drogues sur des périodes définies. Les enquêtes fournissent également de précieuses informations contextuelles sur les habitudes de consommation, les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs et les perceptions des risques et de la disponibilité.

En étroite collaboration avec des experts nationaux, l'OEDT a développé un questionnaire de base commun utilisé pour les enquêtes menées auprès des adultes [«European Model Questionnaire» (questionnaire type européen) ou EMQ]. Ce protocole a maintenant été mis en œuvre dans la plupart des États membres. Il existe toutefois encore des différences de méthodologie et d'années de collecte des données d'un pays à l'autre, et les écarts mineurs, en particulier entre pays, doivent donc être interprétés avec prudence.

La réalisation d'enquêtes étant onéreuse, peu de pays européens collectent des informations chaque année, bien qu'ils soient nombreux à le faire à des intervalles allant de deux à quatre ans. Dans le présent rapport, les données présentées sont fonction de l'enquête la plus récente disponible dans chaque pays; dans la plupart des cas, cette enquête a été réalisée entre 2005 et 2008. Pour le Royaume-Uni, les données sur la prévalence concernent l'Angleterre et le pays de Galles, sauf mention contraire, même si des données séparées pour l'Écosse et l'Irlande du Nord sont également disponibles.

Des trois périodes de consommation standards utilisées pour communiquer les données des enquêtes, la prévalence au cours de la vie (consommation de drogue à tout moment de la vie) est la plus courante. Cette mesure ne reflète pas la consommation actuelle de drogue parmi les adultes, mais est utile pour comprendre les habitudes de consommation et

l'incidence. Pour les adultes, les tranches d'âges standards utilisées par l'OEDT sont les 15-64 ans (adultes) et les 15-34 ans (jeunes adultes). Les pays suivants utilisent des limites d'âge inférieures ou supérieures: Danemark (16 ans), Allemagne (18 ans), Hongrie (18 ans), Malte (18 ans), Suède (16 ans) et Royaume-Uni (16-59 ans). L'accent est placé sur la consommation au cours de la dernière année et du dernier mois (consommation au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours avant l'enquête) (pour de plus amples informations, voir le site de l'OEDT). Chez les élèves, la prévalence au cours de la vie et la prévalence au cours de la dernière année sont similaires, car la consommation de drogues illicites avant 15 ans reste rare.

Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) applique des méthodes et instruments normalisés pour mesurer la consommation de drogues et d'alcool dans des échantillons représentatifs d'élèves de 15 et 16 ans. Des enquêtes ont été menées en 1995, 1999, 2003 et 2007. En 2007, des données ont été collectées dans 35 pays dont 25 États membres de l'UE, la Norvège et la Croatie.

Demandes de traitement

Dans les rapports relatifs aux demandes de traitement, l'expression «nouveaux patients» fait référence aux personnes qui ont entamé un traitement pour la première fois de leur vie et l'expression «tous les patients» se réfère à toutes les personnes sous traitement. Les patients en cours de traitement au début de l'année considérée ne sont pas inclus dans les données. Lorsque la proportion de demandes de traitement pour une drogue primaire est fournie, le dénominateur utilisé est le nombre de cas pour lesquels la drogue primaire est connue.

Interventions

Les informations sur la disponibilité et la mise en œuvre des différentes interventions en Europe sont généralement basées sur l'avis éclairé d'experts nationaux recueilli grâce à des questionnaires structurés. Pour certains indicateurs, des données quantitatives de suivi sont toutefois aussi disponibles.

Infractions à la législation antidrogue

Le terme «rapport», utilisé dans le contexte des infractions à la législation antidrogue, peut renvoyer à des réalités différentes selon le pays.





Commentaire

Réalités d'hier, menaces d'aujourd'hui et austérité économique: panorama actuel de la politique antidrogue européenne

Nécessité d'éviter de payer le prix fort pour des mesures de réduction des coûts

Alors que l'Europe entre dans une période d'austérité, assortie d'une augmentation du chômage des jeunes, il est à craindre que cette situation ne s'accompagne d'une hausse des modes de consommation problématiques de drogue. Les communautés déprimées et marginalisées ont toujours été exposées à un risque élevé de connaître des problèmes de drogue et à ses dommages collatéraux, à savoir la criminalité et l'insécurité.

L'Europe se trouve aujourd'hui confrontée à une double menace: alors que la nécessité de disposer de réponses effectives pourrait se faire davantage sentir, des mesures d'austérité pourraient entraîner des réductions de l'offre de traitement. Ces dix dernières années, des progrès importants, quoiqu'inégaux, ont été réalisés dans la lutte contre les problèmes liés à la drogue. Le nombre des traitements a connu une hausse spectaculaire, et des avancées considérables ont eu lieu en termes d'atténuation de quelques-unes des conséquences les plus dommageables pour la santé, comme l'infection au VIH. En outre, des études ont montré que les interventions peuvent être rentables en termes de coût/efficacité, parce qu'elles réduisent les dépenses consacrées aux problèmes connexes de santé, de société et de criminalité. Le risque existe que la situation économique actuelle conduise à des décisions politiques qui auront pour effet que les coûts à long terme en Europe excéderont de loin les éventuelles économies à court terme.

Coup de projecteur: lignes directrices, cadres et amélioration des éléments de preuve pour évaluer la réduction de l'offre

Le traité de Lisbonne entré en vigueur le 1^{er} décembre 2009 remet en lumière le rôle de l'Union européenne dans l'élaboration de lignes directrices, dans la définition d'indicateurs et dans l'échange des meilleures pratiques dans le domaine de la drogue. En ces temps d'austérité, il est particulièrement important de veiller à ce que les dépenses soient consacrées à des interventions

dont l'efficacité est avérée. L'approche européenne du phénomène de la drogue peut se caractériser comme suit: les preuves priment sur l'idéologie. Il reste toutefois de nombreux domaines dans lesquels les investissements soutiennent des approches dont l'efficacité n'a pas été démontrée par des preuves solides ou dont l'évaluation n'était pas bonne, tandis que des approches dont la valeur est avérée ne sont pas toujours mises en pratique. Il s'agit d'un problème récurrent dans le domaine de la prévention, mais il n'est pas limité à ce domaine. Il existe de bons modèles programmatiques dans de nombreux secteurs liés à la réduction de la demande et l'on comprend de mieux en mieux ce qui est susceptible de constituer une action efficace. Le défi consiste aujourd'hui à dégager le consensus nécessaire pour codifier cette connaissance en un ensemble de lignes directrices et de cadres qui soient suffisamment descriptifs pour soutenir l'amélioration des services, tout en restant suffisamment sensibles aux différents contextes existant au sein de l'Union européenne.

Le domaine de la santé publique est depuis longtemps habitué à devoir justifier l'impact de ses interventions. La nécessité d'étendre cette approche aux activités visant à réduire l'offre est devenue un thème récurrent du débat politique européen. Il est souvent malaisé d'identifier les dépenses consacrées à la réduction de l'offre dans les budgets nationaux, mais des études suggèrent qu'elles sont considérables et dépassent généralement les dépenses allouées aux réponses liées à la santé publique. Les délibérations récentes du Conseil ont conclu que l'évaluation des activités destinées à réduire l'approvisionnement en drogue est gênée par l'absence d'indicateurs et de mesures standards. Le plan antidrogue actuel de l'UE s'est donc fixé pour objectif l'établissement d'indicateurs clés sur la réduction de l'offre. En 2009, la Commission européenne et l'OEDT ont lancé une initiative conjointe destinée à régler ce problème, et l'on peut s'attendre à ce que des indicateurs clés sur l'offre soient élaborés et prêts à être appliqués en 2011.

Perspectives politiques: les défis que doit relever le modèle politique européen de lutte contre la drogue

Virtuellement, tous les États membres de l'Union européenne ont adopté une approche commune fondée sur une stratégie antidrogue nationale, généralement soutenue par un plan d'action, lequel poursuit des objectifs précis et est défini dans le temps. Il s'agit d'un modèle politique rationnel qui permet d'évaluer régulièrement les progrès réalisés et offre la possibilité de réorienter la politique lorsqu'elle est jugée déficiente. C'est aussi une approche exigeante, dans la mesure où de nouvelles stratégies antidrogue doivent être élaborées, convenues et adoptées, alors que la stratégie précédente est toujours en cours d'évaluation. Ces difficultés sont mises en évidence dans le rapport de cette année, où, pour la première fois, nous observons une baisse du nombre de pays disposant d'une stratégie antidrogue nationale valable en vigueur. Ce recul est, dans une large mesure, le résultat des défis pratiques liés à l'évaluation et au renouvellement des documents de stratégie nationaux qui ont pris fin en 2008 ou en 2009. L'OEDT collabore avec les États membres afin de mettre au point de nouveaux outils d'évaluation des politiques permettant une révision permanente des développements de la politique antidrogue. Il n'existe pas de solutions simples au problème de l'évaluation des politiques de lutte contre la drogue, mais il serait désolant que des procédures et une planification défectueuses mettent à mal une avancée importante de la réponse européenne au problème de la drogue.

Ainsi que le relevait le rapport de l'an dernier, le lien entre les problèmes d'alcool et de drogue est étroit. Malgré cela, aucune approche commune n'a pu être observée, qui tendrait à regrouper les politiques de lutte contre la drogue et l'alcool dans les États membres de l'UE. Certains pays continuent à séparer les politiques de lutte contre la drogue et l'alcool, tandis que d'autres les relient ou n'ont pas élaboré de stratégie contre l'alcool. Des arguments solides plaident en faveur de la recherche de synergies entre les politiques de lutte contre la drogue et l'alcool, comme le fait qu'elles visent souvent les mêmes populations et les mêmes environnements. Les modèles politiques actuels sont également mis en danger par l'essor du marché des «legal highs» et par l'abus de produits pharmaceutiques, comme on le verra plus loin. Du point de vue de la santé publique, tout cela illustre la nécessité d'adopter une approche plus exhaustive, englobant tout à la fois les substances illicites et licites, voire d'autres addictions comportementales. Le défi est double: déterminer dans quelle mesure cette vision globale est justifiée et comment cette approche pourrait se refléter dans un cadre réglementaire et de contrôle approprié.

Les nouveaux développements des législations antidrogue nationales mettent en évidence des points communs et des différences

Les sanctions appliquées aux infractions liées à la drogue sont un exemple des différences qui existent entre les États membres en termes de mise en œuvre de la politique antidrogue, même lorsqu'un consensus général existe. Dans la plupart des États membres de l'Union européenne, les systèmes juridiques tiennent compte du type et de la dangerosité de la substance concernée et du fait que l'infraction concerne la participation au marché de la drogue, la possession pour usage personnel ou la consommation personnelle de drogue. Ces distinctions varient considérablement d'un pays à l'autre. Elles peuvent aussi être codifiées dans la législation ou être le résultat de processus internes au système pénal. Il est difficile de déterminer quels sont les bénéfices respectifs des différentes approches ou quelles sont les bonnes pratiques, ce qui met en évidence l'utilité d'une analyse comparative dans ce domaine. À l'heure actuelle, toute comparaison entre les pays doit être effectuée avec prudence, dans la mesure où les différences entre les infractions peuvent être déterminées autant par la pratique juridictionnelle du pays concerné que par la nature de l'infraction proprement dite. Une deuxième question porte sur la mesure dans laquelle la distinction opérée par la politique entre ceux qui tirent profit de la vente et du transport de drogues et ceux qui les consomment se traduit dans la pratique. Les dernières données rendent compte d'une légère baisse des infractions liées à l'offre, tandis que le nombre de celles liées à la consommation poursuit sa courbe ascendante.

Traitement de la dépendance à la drogue: une disponibilité sans précédent, mais des inégalités manifestes

Dispenser un traitement efficace aux usagers de drogue à problèmes est l'une des clés de voûte de la réponse de l'Europe au phénomène de la drogue. Dans ce domaine, la qualité et la quantité des traitements disponibles ne cessent de croître. L'OEDT estime que plus d'un million de personnes bénéficient annuellement d'une forme ou l'autre de traitement pour des problèmes liés à la drogue dans l'Union européenne. L'expansion des traitements a été induite par une croissance des soins ambulatoires spécialisés, soutenus par des services à bas seuil et des structures de proximité. Mais surtout, dans certains pays, les services de traitement de la toxicomanie associent soins spécialisés, services de santé primaire et médecins généralistes. Certains types d'usage de drogue à problèmes, en particulier les cas les plus récalcitrants, nécessiteront probablement l'intervention d'équipes spécialisées. Cependant, un mélange approprié de soins spécialisés et génériques peut être un facteur

important de l'accroissement de la disponibilité globale des traitements, en particulier lorsque les modalités de recours et de soutien sont bien établies.

Bien que l'offre de traitement se soit multipliée, des inégalités manifestes persistent dans l'accès au traitement en Europe. Dans la plupart des pays d'Europe de l'Est et dans quelques pays d'Europe du Sud, la disponibilité des traitements est relativement limitée, comme en témoignent les longues listes d'attente. Les niveaux de disponibilité des traitements ne peuvent être évalués de manière sensée que par rapport à la couverture relative de la population ayant besoin de soins. Il est difficile de se prononcer avec certitude sur la mesure dans laquelle les soins disponibles répondent aux besoins, bien que des avancées aient été enregistrées en ce qui concerne la thérapie de substitution aux opiacés. Les chiffres varient grandement selon les pays, les estimations nationales du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes en traitement étant comprises entre moins de 10 % et plus de 50 %. Les différences dans la disponibilité des soins sont également illustrées par le fait que seuls 2 % environ des traitements de substitution sont dispensés dans les douze États membres qui ont rejoint l'Union européenne depuis 2004.

Les traitements de substitution sont également considérés comme une mesure de réduction des risques. À l'instar des programmes d'échange de seringues, ils ont été largement encouragés en tant que volet majeur d'une stratégie globale de prévention du VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse. Avec des tendances globales stables ou en baisse des niveaux d'injection de drogue et d'infection au VIH liée à la drogue, l'Union européenne peut dresser un bilan positif de la situation de la transmission du VIH liée à la drogue par rapport à de nombreuses autres régions du monde. En 2010, l'OEDT a publié une monographie scientifique sur la réduction des risques, qui montrait l'intégration du concept de réduction des risques en Europe, les traitements de substitution et les échanges de seringues faisant désormais partie intégrante des politiques européennes de lutte contre la drogue. La monographie insistait sur la nécessité d'améliorer les preuves de l'efficacité d'autres interventions de réduction des risques et soulignait la rareté de modèles bien établis de réduction des risques pour l'usage problématique de stimulants et la polyconsommation, deux modes de consommation en plein essor en Europe. La publication observait également que les réponses apportées au problème de la drogue en Europe ne parviennent toujours pas à enrayer l'infection par le virus de l'hépatite C des usagers de drogue par injection, pas plus que le nombre de décès par surdose et que les approches de réduction des risques pouvaient avoir un rôle crucial à jouer en la matière.

Développer des modèles de soins et des réponses à un phénomène de la drogue en constante évolution en Europe

Les modes actuels de consommation de drogue mettent les services de traitement au défi de développer des réponses plus complexes et plus différenciées, basées sur les besoins et plus en adéquation avec les ressources des soins de santé et de l'aide sociale en général. Dans les traitements de substitution, on remarque un groupe d'usagers de drogue plus âgés et chroniques, qui nécessitent des soins. Cet aspect est abordé dans une «question particulière» dans le rapport de cette année. La nécessité des traitements et d'autres réponses aux problèmes liés à la consommation de drogues autres que les opiacés augmente également, comme l'illustre le nombre croissant de consommateurs de cannabis et de stimulants qui entrent en contact avec les services de traitement. Des modes complexes de polyconsommation, incluant fréquemment des problèmes liés à l'alcool, constituent un défi supplémentaire. Les protocoles de soins s'améliorent dans ces domaines, mais beaucoup reste à faire en matière d'élaboration et de partage des meilleures pratiques. Si les options thérapeutiques purement pharmacologiques demeurent toujours improbables pour les consommateurs de stimulants, un intérêt accru des chercheurs pour ce domaine a donné des résultats encourageants et a permis de mieux comprendre la contribution des approches psychosociales.

Cannabis: des variations régionales importantes

Le cannabis demeure la drogue illicite la plus populaire en Europe, mais des variations considérables peuvent être observées dans la prévalence de sa consommation entre les pays, comme en témoigne le fait que les estimations les plus élevées sont trente fois supérieures aux estimations les plus basses. Globalement, l'évolution de la consommation se stabilise ou s'oriente à la baisse. Néanmoins, dans ce tableau général à long terme, des tendances divergentes se dégagent. En particulier, il convient de noter que, dans quelques pays d'Europe de l'Est, les niveaux de consommation semblent poursuivre leur progression à la hausse et, dans certains cas, rivalisent déjà avec les niveaux de prévalence observés en Europe de l'Ouest ou les dépassent.

Les conséquences de la consommation de cannabis sur la santé publique sont de mieux en mieux comprises, en particulier pour les usagers qui déclarent une consommation quotidienne et chronique. Des études récentes portant sur les conséquences néfastes de la drogue sur la santé mettent en évidence plusieurs effets, dont l'anxiété, des réactions de panique et des symptômes psychotiques. Ces effets sévères interviennent dans un nombre considérable

d'hospitalisations urgentes liées à la drogue dans les quelques pays qui surveillent ces données.

Selon les dernières données, le nombre global de nouveaux patients en traitement déclarant le cannabis comme drogue primaire recule dans la plupart des pays. Les facteurs qui sous-tendent ce changement ne sont pas clairs, mais méritent d'être analysés, dans la mesure où ils pourraient être le signe d'une capacité réduite des services de traitement à admettre de nouveaux patients ou d'une baisse du nombre de personnes admises en traitement pour dépendance au cannabis.

L'appétit considérable de l'Europe pour le cannabis se reflète dans les saisies annuelles de cette drogue, qui s'élèvent à un millier de tonnes. Globalement, les données suggèrent que la disponibilité du cannabis, sous ses différentes formes, pourrait augmenter plutôt que diminuer sur le marché européen. En dépit d'indications montrant que la production domestique de l'herbe de cannabis s'étend, les quantités d'herbe de cannabis interceptées dans l'Union européenne sont restées stables, alors que les saisies de résine de cannabis ont progressé. En termes de volume, l'écart entre les saisies de résine de cannabis et d'herbe de cannabis est de l'ordre de dix pour une. Toute conclusion sur la disponibilité des différents types de cannabis en Europe doit néanmoins être tirée avec beaucoup de prudence, dans la mesure où l'herbe de cannabis est produite plus près de son marché de destination et est donc moins susceptible d'être interceptée. On signale également de plus en plus la participation de la criminalité organisée dans la production domestique de cannabis, une évolution qui requiert de nouvelles actions des autorités répressives nationales et européennes.

Comprendre le marché européen complexe des stimulants

La cocaïne reste la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe, bien que les niveaux de prévalence et les tendances fluctuent considérablement d'un pays à l'autre. Des niveaux élevés et en hausse de consommation de cocaïne ne sont signalés que dans un petit nombre de pays, essentiellement en Europe de l'Ouest, alors qu'ailleurs la consommation de cette substance demeure limitée. La question de savoir si cette situation va persister ou si la consommation de cocaïne va s'étendre à d'autres régions d'Europe, notamment vers l'est, n'appelle pas une réponse claire. Certains éléments donnent à craindre que le trafic de cette substance ne s'amplifie dans toute la région, et des informations sporadiques rendent compte de la consommation de cocaïne dans certains milieux.

Les nouvelles routes qui traversent l'Europe orientale ne sont pas la seule préoccupation soulevée par le trafic

En bref — Estimations de l'usage de drogue en Europe

Les estimations présentées ici se réfèrent à la population adulte (15-64 ans) et se basent sur les dernières données disponibles (enquêtes réalisées entre 2004 et 2008). Pour consulter l'ensemble des données et obtenir des informations sur la méthodologie, veuillez vous reporter au bulletin statistique correspondant.

Cannabis

Prévalence au cours de la vie: au moins 75,5 millions (22,5 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 23 millions d'adultes européens (6,8 %) ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois: environ 12,5 millions (3,7 %)

Variation entre les pays de la consommation au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,4 à 15,2 %

Cocaïne

Prévalence au cours de la vie: environ 14 millions (4,1 % d'adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: 4 millions d'adultes européens (1,3 %) ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois: environ 2 millions (0,5 %)

Variation entre les pays de la consommation au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,0 à 3,1 %

Ecstasy

Prévalence au cours de la vie: environ 11 millions (3,3 % d'adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 2,5 millions (0,8 %) ou un quart des usagers au cours de la vie

Variation entre les pays de la consommation au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,1 à 3,7 %

Amphétamines

Prévalence au cours de la vie: environ 12 millions (3,7 % d'adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 2 millions (0,6 %) ou un sixième des usagers au cours de la vie

Variation entre les pays de la consommation au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,0 à 1,7 %

Opiacés

Usagers d'opiacés à problèmes: entre 1,2 et 1,5 million d'Européens, selon les estimations

Les décès dus à la drogue représentaient 4 % de tous les décès d'Européens de 15 à 39 ans, des opiacés ayant été décelés dans trois quarts des cas.

Principale drogue consommée dans plus de 50 % de toutes les demandes de traitement.

Environ 670 000 consommateurs d'opiacés ont bénéficié d'un traitement de substitution en 2008.

de cocaïne. La drogue continue à entrer en Europe essentiellement par la péninsule Ibérique et les Pays-Bas. Toutefois, un développement relativement nouveau est la découverte de laboratoires d'extraction secondaire, qui récupèrent le chlorhydrate de cocaïne ou la cocaïne base incorporé à divers supports, comme la cire d'abeille, des engrais, des vêtements, des herbes, des plastiques et des liquides. L'Espagne a notifié trente de ces laboratoires à Europol en 2008. Cette évolution est le signe d'un degré élevé d'innovation et de sophistication technologique dans le chef de ceux qui importent la cocaïne dans l'Union européenne. En raison de sa valeur élevée, la cocaïne peut également être coupée ou mélangées à d'autres substances. L'utilisation du lévamisole (l-tétramisole) en tant qu'adultérant de la cocaïne a été signalée de plus en plus souvent aux États-Unis et en Europe, et le système européen d'alerte précoce a lancé un avertissement à ce sujet en 2009. Cette substance pourrait entraîner des risques supplémentaires pour la santé des cocaïnomanes.

Bien que la majorité des patients des services de traitement en Europe reste les usagers d'opiacés à problèmes, les consommateurs de cocaïne représentent désormais un quart des nouvelles admissions. La plupart d'entre eux sont notifiés par un petit groupe de pays, essentiellement l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni. Ces patients se divisent en deux groupes distincts: des hommes socialement intégrés qui sniffent la drogue, d'une part, et des toxicomanes marginalisés qui s'injectent de la cocaïne ou du crack et consomment d'autres substances, d'autre part. La mortalité croissante associée à la consommation de cocaïne est une source de préoccupation supplémentaire. Quelque 1 000 décès liés à la cocaïne sont désormais rapportés chaque année, avec des hausses sensibles en Espagne et au Royaume-Uni, deux pays où cette drogue est consommée depuis longtemps et se situe à un niveau élevé. Bien que d'autres substances soient généralement également décelées dans ces décès, cette courbe ascendante est inquiétante, en particulier si l'on tient compte des préoccupations persistantes concernant le sous-signalement du rôle de la cocaïne dans les décès de consommateurs souffrant de problèmes cardiovasculaires préexistants.

Dans l'ensemble, la consommation d'amphétamines reste inférieure à celle de la cocaïne en Europe, mais, dans de nombreux pays, l'amphétamine ou la méthamphétamine reste le stimulant le plus utilisé. Ce sont surtout les pays du nord de l'Europe qui rendent compte d'un usage problématique d'amphétamine, tandis que la consommation problématique de méthamphétamine reste, dans une large mesure, confinée à la République tchèque et à la Slovaquie. Cette situation pourrait être en train de changer lentement, puisque la Lituanie et la Pologne rapportent une production

de méthamphétamine principalement destinée aux marchés scandinaves. Elle pourrait y être vendue comme alternative à l'amphétamine. L'usage problématique d'amphétamine et de méthamphétamine est abordé dans une «question particulière» dans le présent rapport.

Opiacés et injection de drogue

La consommation d'héroïne, en particulier par voie intraveineuse, représente toujours la part la plus importante de la morbidité et de la mortalité liées à la consommation de drogue dans l'Union européenne. Selon des estimations prudentes, le nombre d'usagers d'opiacés à problèmes en Europe s'élèverait à 1,35 million, et la plupart des personnes admises en traitement déclarent toujours les opiacés comme drogue principale. Les données provenant de diverses sources indiquent que l'usage problématique d'opiacés dans l'Union européenne est globalement stable ou en hausse depuis 2003-2004. Les saisies d'héroïne ont connu une augmentation en nombre, mais pas en quantité, même si cette tendance doit être vue dans le contexte de saisies croissantes de cette substance en Turquie. Les estimations des tendances de la prévalence semblent stables; les nouvelles demandes de traitement ont progressé lentement dans plusieurs pays, et, depuis deux ans, les décès sont en hausse tout comme les infractions liées à l'héroïne. Dans une certaine mesure, cette évolution pourrait refléter le caractère prolongé de la dépendance aux opiacés, où, une fois dépendants, les usagers ont tendance à le rester longtemps. Dès lors, un nombre relativement restreint de nouvelles recrues suffit à maintenir le niveau de la population globale. Le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe est estimé entre 750 000 et 1 000 000 de personnes, avec d'importants écarts de prévalence entre les pays. En raison des problèmes de qualité des données, cette estimation doit être prise avec prudence. Les tendances de la consommation de drogue par injection sont particulièrement difficiles à mesurer, mais les données provenant du suivi des traitements suggèrent que la tendance à moyen terme s'oriente à la baisse et que les usagers par injection sont désormais minoritaires parmi les nouveaux consommateurs d'opiacés admis dans des services de traitement en Europe.

L'injection demeure toutefois le mode d'administration le plus courant des consommateurs d'opiacés dans de nombreux pays d'Europe orientale. Cet élément est extrêmement préoccupant en raison des conséquences de la consommation de drogue sur la santé publique dans certains pays voisins de l'Union européenne. À la frontière orientale de l'Union européenne, la Russie et l'Ukraine semblent enregistrer des niveaux d'usage problématique d'opiacés deux à quatre fois supérieurs à la moyenne

européenne. Les problèmes liés à la consommation d'opiacés dans cette région sont, notamment, les taux élevés d'infection par le VIH et les surdoses.

La surdose est le principal risque de mortalité évitable associé à la consommation de drogue illicite en Europe, et les analyses toxicologiques révèlent la présence d'héroïne dans la plupart des décès dus à la drogue. Ces éléments soulignent une fois de plus l'importance des opiacés pour comprendre l'impact de la consommation de drogue sur la santé publique en Europe. Depuis 2003, le nombre de décès dus à la drogue est en hausse dans la plupart des pays européens, tout comme l'âge des victimes, ce qui suggère un vieillissement de la population des usagers chroniques. Des données provisoires laissent entrevoir un accroissement modeste des décès dus à la drogue signalés en 2008, soit 7 371 cas estimés en 2008 dans les États membres de l'UE et la Norvège contre 7 021 en 2007. Ces chiffres sont probablement des estimations prudentes. Par ailleurs, on peut également estimer qu'à chaque surdose mortelle correspondent 20 à 25 surdoses non mortelles, soit quelque 150 000 cas chaque année dans l'Union européenne. En outre, il est désormais admis que les surdoses non mortelles peuvent entraîner des dommages considérables pour la santé et représenter un risque accru de surdose future. Du point de vue de la santé publique, l'un des défis majeurs que doivent relever les services de traitement de la toxicomanie est la mise au point de mesures efficaces pour réduire les surdoses mortelles et non mortelles. Pour l'instant, ce défi n'a pas encore été relevé.

«Legal highs»: un défi permanent pour la surveillance du phénomène de la drogue et les réponses à y apporter

Les tentatives visant à identifier et à apporter des réponses adéquates aux nouvelles substances psychoactives luttent pour suivre le rythme d'un marché complexe, innovant et en évolution rapide, à la recherche de nouveaux produits et de nouvelles stratégies de commercialisation. Avec 24 nouvelles drogues de synthèse identifiées pour la première fois en Europe, 2009 a été une année record pour le système européen d'alerte précoce. Le rythme ne s'est pas ralenti en 2010, puisque 15 nouvelles substances avaient été décelées à la mi-juin, y compris des cathinones et des cannabinoïdes de synthèse et de nouveaux dérivés synthétiques aux effets analogues à la cocaïne et à l'amphétamine.

En juillet 2010, le comité scientifique de l'OEDT a procédé à une évaluation formelle des risques liés à la méphédronne, une cathinone de synthèse. Cette évaluation a été déclenchée par la crainte croissante que cette

drogue ne soit commercialisée comme une alternative légale à des stimulants tels que la cocaïne et l'ecstasy. L'évaluation des risques a été menée dans le cadre du mécanisme rapide mis en place par l'Union européenne pour contrôler les nouvelles substances psychoactives. Cependant, la rapidité avec laquelle les choses évoluent dans ce domaine est telle que non seulement certains États membres avaient déjà adopté une législation interdisant la méphédronne, mais que certains magasins de vente en ligne avaient déjà fermé et étaient, parfois, déjà remplacés par des sites proposant des substances de remplacement.

Il convient de rester vigilant et d'être capable de réagir rapidement aux nouveaux développements, tels que l'émergence de nouveaux groupes chimiques de substances psychoactives identifiés comme des «legal highs». Les aminoindanes (méthylènedioxyaminoindane ou MDAI) et les dérivés de synthèse de la cocaïne (comme la fluorotropacocaïne) en sont des illustrations. Bien qu'encore rares, à la suite des actions prises contre la méphédronne en 2010, ces substances ont commencé à être décelées plus fréquemment, et le système d'alerte précoce a commencé à enregistrer les premiers cas d'usagers ayant connu des problèmes. L'OEDT surveille la disponibilité et l'impact éventuel de ces substances sur la santé.

L'exemple de la méphédronne met en lumière la pression considérable que les médias et le public peuvent exercer sur les États membres, en les obligeant à réagir rapidement à une nouvelle menace potentielle. En étroite coopération avec Europol et avec l'Agence européenne des médicaments, l'OEDT s'est efforcé de fournir des informations fiables en temps utile. Il est de plus en plus nécessaire de renforcer la capacité de l'Europe à suivre de manière proactive les développements dans ce domaine en mutation rapide et, en particulier, à tester et à identifier les éléments chimiques qui composent les mélanges de produits mis sur le marché et à évaluer leur impact potentiel sur la santé publique. L'absence de matériel de référence pose problème. En termes de stratégies de contrôle, la manière dont ces produits sont fabriqués et commercialisés plaide fortement en faveur de l'adoption de mesures efficaces au niveau européen afin de soutenir les initiatives nationales.

La criminalité organisée reconnaît le potentiel des nouvelles substances de synthèse

De multiples facteurs compliquent le traitement législatif de ces nouvelles substances. Quelques États membres ont adopté une législation générique qui couvre les substances

appartenant à un même groupe chimique. Cette option juridique n'est disponible que dans certains pays, et son application pratique peut se révéler ardue. Le fait que certaines de ces substances puissent avoir des utilisations non médicales licites, être vendues à des fins supposément licites ou être utilisées par l'industrie pharmaceutique à des fins de recherche et de développement soulève des difficultés supplémentaires. Cela étant, même les mesures de contrôle les mieux conçues ne sauraient résoudre tous les problèmes, et le danger qu'elles accélèrent le passage non souhaitable d'un marché presque exclusivement en ligne des «legal highs» à un marché faisant intervenir la criminalité organisée est bien réel. Les dérivés de la cathinone, comme la méphédrone, le méthylone et le MDPV, sont tous apparus sur le marché des drogues illicites, où ils sont vendus comme des alternatives à la cocaïne, à l'ecstasy et à l'amphétamine ou comme les drogues proprement dites. Europol a pris note du démantèlement d'un certain nombre de laboratoires de production illicite d'ecstasy qui fabriquaient des comprimés de méphédrone, et plus de vingt pays européens ont déclaré avoir trouvé cette drogue dans des saisies. Il est difficile de prédire quelle part les nouvelles drogues de synthèse occuperont à l'avenir sur le marché européen des drogues illicites. Toutefois, il est probable que des organisations criminelles reconnaîtront rapidement le potentiel de ces substances, qui peuvent être achetées à bas prix et en grandes quantités, qui pourront être synthétisées relativement aisément et seront des alternatives attrayantes aux substances contrôlées.

La «confection» d'une drogue destinée à remplacer une substance contrôlée n'est pas une idée neuve. Toutefois, dans le passé, les «designer drugs» étaient produits illégalement et commercialisés directement sur le marché illicite. La différence majeure avec la situation actuelle réside dans le fait que nous assistons à une nouvelle interaction entre les marchés licites et illicites, par laquelle des produits chimiques sont achetés légalement, mais vendus ensuite comme alternatives à des substances psychoactives illicites.

Que réserve l'avenir? Substances médicinales, contrefaçon de médicaments et nouveaux «designer drugs»

La drogue est depuis longtemps un fléau aux États-Unis, et les développements sur le marché américain ont parfois des répercussions jusqu'en Europe. Pour l'heure, l'abus de médicaments sur ordonnance, en particulier des opiacés tels que l'OxyContin, est une préoccupation majeure de la politique américaine de lutte contre la drogue. En Europe, à l'exception des produits de substitution des opiacés, l'abus de médicaments sur ordonnance n'est pas considéré comme un problème majeur, en partie en raison du cadre réglementaire et des pratiques de prescription qui diffèrent de celles que connaissent les États-Unis. Le problème de l'abus potentiel de médicaments est pris en compte dans le cadre du système européen de pharmacovigilance, qui est géré par l'Agence européenne des médicaments avec la collaboration de l'OEDT pour ce qui concerne l'abus de drogues. La propagation de médicaments contrefaits, fabriqués et vendus en lieu et place des produits authentiques, est un problème en pleine expansion. En 2009, le système d'alerte précoce a reçu des notifications de substances basées sur les structures chimiques légèrement modifiées de médicaments connus pour leur utilisation potentielle détournée. La multiplication des nouveaux «designer drugs» représenterait une difficulté supplémentaire indésirable pour les autorités chargées d'éviter le détournement et l'abus des médicaments sur ordonnance. C'est aussi une nouvelle illustration du fait que les innovations qui apparaissent sur le marché illicite requièrent une réponse ferme et conjointe des autorités de contrôle des drogues et des médicaments. Cette question est davantage une menace potentielle qu'un problème immédiat, mais en raison de la vitesse à laquelle les nouveaux développements interviennent dans ce domaine, il est important d'anticiper les défis futurs. L'idée qu'à l'avenir nous ayons à faire face à un nombre croissant de nouvelles drogues dérivées de produits pharmaceutiques existants, mais destinées à un usage non thérapeutique, est particulièrement inquiétante.



Chapitre 1

Politiques et législations

Introduction

Le suivi et l'évaluation des stratégies et des plans d'action de lutte contre la drogue sont un sujet important tant au niveau national qu'au niveau international. Parmi les développements récents dans ce domaine, décrits dans le présent chapitre, figurent le nouveau système de suivi actuellement mis en place par les Nations unies et les premiers résultats de la mise en œuvre du plan d'action drogue de l'UE. Ce chapitre détaille également quelques-unes des réalisations et des difficultés en rapport avec les cycles exigeants d'évaluation et de renouvellement de la politique antidrogue adoptés par la plupart des États membres.

Ce chapitre passe aussi en revue les différentes approches juridiques suivies en Europe pour distinguer les drogues. Elles vont de l'utilisation d'un éventail d'actes législatifs à des systèmes de classification des drogues, en passant par des pouvoirs discrétionnaires de poursuite ou judiciaires. Un autre type de distinction est le seuil qui sépare la consommation personnelle des infractions liées au trafic de drogue. Ce chapitre contient également les nouvelles données et tendances relatives aux dépenses publiques liées à la drogue et retrace les développements récents en matière de recherche liée à la drogue en Europe.

Évolution des politiques internationales et européennes

Suivi de la déclaration politique et du plan d'action des Nations unies

Lors de la session de 2009 de la Commission des stupéfiants des Nations unies (CND), les États membres des Nations unies ont adopté une nouvelle déclaration politique et un plan d'action pour lutter contre le problème mondial de la drogue (OEDT, 2009a). Ils ont également adopté une résolution (52/12) afin d'améliorer la collecte, la communication et l'analyse des données pour suivre l'application de ces nouveaux documents sur la lutte contre le problème de la drogue.

En raison des difficultés rencontrées lors de l'examen final de la déclaration politique décennale et des plans d'action précédents, la résolution demandait que soient développés des outils et des mécanismes de collecte de données permettant de rassembler des données fiables et comparables. L'une des considérations majeures était la nécessité d'encourager les États membres des Nations unies à mieux rendre compte et d'éviter les doubles emplois avec les systèmes de suivi internationaux

Réponses au phénomène de la drogue dans le cadre du traité de Lisbonne

Le traité de Lisbonne, entré en vigueur le 1^{er} décembre 2009, a pour but de doter l'Union européenne de méthodes de travail et de règles de vote simplifiées ainsi que de rationaliser et de moderniser les institutions (1). Il renforce également la capacité de l'Union européenne à agir dans différents volets de la politique de lutte contre la drogue.

Le trafic illicite de drogues est abordé dans le cadre de l'espace de justice, de liberté et de sécurité (article 83), qui prévoit l'établissement de règles minimales relatives à la définition des infractions pénales et des sanctions. Le traité autorise la création d'un Parquet européen et prévoit la possibilité d'étendre ses attributions à la lutte contre la criminalité grave ayant une dimension transfrontière (article 86). Cela pourrait aboutir à des poursuites européennes pour certaines infractions liées au trafic de drogue.

Le traité de Lisbonne couvre également la santé publique et, tout comme par le passé, il confère à l'Union européenne la compétence de compléter l'action menée par les États membres en vue de «réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention». En vertu du nouvel article sur la santé publique, la Commission européenne peut prendre, en étroite contact avec les États membres, des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à une surveillance et évaluation périodiques. Cette disposition renforce le travail mené par la Commission et l'OEDT dans ces domaines.

(1) Pour de plus amples informations, voir le traité de Lisbonne sur le site Europa.

existants, notamment ceux d'autres agences des Nations unies ou d'organismes régionaux comme l'OEDT.

Le nouvel outil de collecte des données des Nations unies comblera le «questionnaire destiné aux rapports annuels» (ARQ), un outil de suivi associé aux conventions des Nations unies sur le contrôle des drogues, et une nouvelle série de questions en rapport avec la déclaration politique et le plan d'action qui ont été adoptés récemment. Le nouveau questionnaire devrait être adopté lors de la session de 2011 de la CND et la première collecte de données devrait débuter peu après.

Stratégie et plan d'action antidroque de l'Union européenne

Durant la première année de mise en œuvre du nouveau plan d'action antidroque de l'UE (2009-2012), plusieurs activités ont été menées à bien. Au cours des présidences tchèque et suédoise de l'Union européenne, ces deux pays ont soutenu la mise en œuvre du plan d'action par l'adoption de conclusions du Conseil: les premières appelaient à l'élaboration d'indicateurs clés concernant les marchés de la drogue, la criminalité liée à la drogue et la réduction de l'offre; les deuxièmes invitaient à l'échange de bonnes pratiques, de lignes directrices et de normes de qualité pour une prévention universelle, tandis que les troisièmes insistaient sur le développement des capacités de recherche de l'Union européenne en matière de drogues illicites.

La Commission européenne a publié un rapport sur la mise en œuvre de la décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil du 25 octobre 2004 concernant l'établissement des dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue. La Commission a constaté que, tout en marquant un premier pas vers une approche commune de lutte contre le trafic de drogue, la décision-cadre n'avait pas donné lieu à un rapprochement sensible des législations nationales (1). La Commission a également publié un document de travail décrivant les mécanismes existants pour détecter, surveiller et répondre aux tendances émergentes de l'Union européenne et proposer des lignes directrices pour les travaux futurs (2). Par ailleurs, un nouveau projet a été lancé en vue de soutenir la mise en œuvre d'un système européen de profilage médico-légal des drogues de synthèse (3). En établissant une «empreinte digitale» des drogues, le profilage médico-légal peut aider à pister les fabricants et à cartographier les canaux de distribution de la drogue. D'autres activités menées par la Commission en matière de collaboration avec la

société civile et la recherche liée à la drogue sont décrites ailleurs dans ce chapitre. Le premier rapport exhaustif sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action antidroque actuel (2009-2010) sera publié à la fin de 2010.

Société civile et politique antidroque

Le Forum de la société civile sur la drogue, organisé par la Commission européenne, s'est réuni pour la troisième fois en mars 2009. L'action européenne sur la drogue (EAD – voir plus loin) était l'un des deux principaux points de l'ordre du jour. L'autre était l'avenir du Forum, la discussion portant essentiellement sur des questions pratiques telles que la sélection des participants et l'organisation des réunions. Les participants se sont également penchés sur l'avenir du Forum de la société civile sur la drogue. Doit-il rester une plate-forme d'échange informelle ou devenir un organe consultatif formel de la Commission?

La Commission européenne a lancé une autre initiative afin de faire participer et de mobiliser la société civile: l'Action européenne sur la drogue. Ce projet invite les autorités, les institutions, les associations, les organisations non gouvernementales, les entreprises et les particuliers à s'engager à mener une action spécifique en matière de drogue. Le but est de donner à la société civile une plate-forme afin de favoriser la prise de conscience des citoyens concernant la drogue et les risques liés à sa consommation, ainsi que de promouvoir le dialogue et les échanges de bonnes pratiques. Près de 640 personnes avaient adhéré à cette action au début du mois de mars 2010.

La mobilisation de la société civile doit également être l'un des principes fondamentaux de la prochaine stratégie antidroque de l'UE (4). C'est ce qu'a affirmé le programme de Stockholm adopté par le Conseil européen. Ce programme fixe le cadre d'une action communautaire sur les questions de citoyenneté, de justice, de sécurité, d'asile et d'immigration à l'intérieur de l'espace de justice, de liberté et de sécurité pour la période 2010-2014.

Stratégies antidroque nationales

Faits nouveaux

Les stratégies et plans d'action de lutte contre la drogue sont désormais des instruments essentiels des politiques nationales antidroque en Europe. La quasi-totalité des trente pays étudiés par l'OEDT ont adopté des documents de ce type, qui font l'objet de mises à jour régulières. En 2009, sept pays européens (voir le tableau 1) ont adopté

(1) Communiqué de presse Europa MEMO/09/548.

(2) SEC(2009) 1090 final (en anglais uniquement).

(3) 13405/09 Cordroque 63.

(4) Les deux autres principes clés étaient l'amélioration de la coopération avec les pays tiers et l'amélioration de la recherche et de l'information.

Tableau 1 – Documents de stratégie antidrogue adoptés en 2009

Pays	Intitulé du document de stratégie	Durée	Champ d'application	Notes
Bulgarie	Stratégie nationale de lutte contre la drogue	2009-2013	Drogues illicites	Complétée par un plan d'action (2009-2013)
Irlande	Stratégie nationale sur la drogue – provisoire	2009-2016	Drogues illicites	Sera remplacée par une stratégie sur l'abus de substances couvrant également l'alcool
Espagne	Stratégie nationale sur la drogue	2009-2016	Drogues illicites, alcool et tabac	Complétée par un plan d'action (2009-2012)
Chypre	Stratégie nationale sur la drogue	2009-2012	Drogues illicites	
Hongrie	Stratégie nationale de lutte contre le phénomène de la drogue	2010-2018	Drogues illicites	Sera complétée par des plans d'action
Slovaquie	Stratégie nationale antidrogue	2009-2018	Drogues illicites	Sera complétée par des plans d'action
Croatie	Plan d'action sur la lutte contre l'abus de stupéfiants	2009-2012	Drogues illicites	Deuxième plan d'action dans le cadre de la stratégie nationale 2006-2012

Source: Points focaux nationaux Reitox.

de nouvelles stratégies ou plans d'action antidrogue, tandis que douze autres élaboraient de nouveaux documents de politique antidrogue au début de 2010 ⁽⁵⁾.

Défis posés par le renouvellement des documents de politique antidrogue

Plusieurs pays ont récemment annoncé un retard dans le renouvellement de leurs documents nationaux de politique antidrogue ⁽⁶⁾. Cinq d'entre eux, dont la stratégie ou le plan d'action antidrogue venait à échéance en décembre 2008, devaient encore adopter un nouveau document un an plus tard (Italie, Lettonie, Lituanie, Portugal, Roumanie). De même, un autre groupe de pays dont les documents de politique prenaient fin en 2009 ne les avaient pas remplacés au cours de l'année. Ainsi, pour la première fois depuis le milieu des années 1990, l'Europe observe une baisse du nombre de pays possédant une stratégie ou un plan d'action antidrogue national en cours de validité.

Le renouvellement des documents de politique antidrogue est un processus complexe, comportant plusieurs étapes. Il commence par l'évaluation finale de la stratégie ou du plan d'action existant ou qui vient de s'achever ⁽⁷⁾. Les parties prenantes, et parfois le public, sont consultées durant la phase d'élaboration de la nouvelle politique. Dans la mesure où les stratégies et plans d'action antidrogue coordonnent l'action de plusieurs ministères, leur rédaction nécessite généralement la présentation de plusieurs versions du texte aux différents départements concernés.

Enfin, les documents de politique doivent être approuvés par le gouvernement ou par le parlement. Il ressort de rapports récents qu'il peut se passer entre six mois et deux ans pour achever le processus. Par ailleurs, en règle générale, la durée de vie des documents nationaux de lutte contre la drogue couvre une période comprise entre quatre et huit ans. Par conséquent, pour être prêt à temps, le processus de renouvellement devrait débuter peu après la mi-parcours ou, à tout le moins, plusieurs mois avant l'expiration du document existant. Les évaluations finales ne peuvent toutefois pas avoir lieu avant la fin de la stratégie ou du plan d'action, voire plus tard, si l'évaluation de son impact dépend de données épidémiologiques ou autres.

Récemment, l'Union européenne et plusieurs pays d'Europe ont dû relever le défi de procéder presque simultanément à l'évaluation finale du document de politique existant et à la rédaction du suivant. Étant donné que cette situation risque de se reproduire au cours des prochaines années, certaines suggestions ont été avancées afin de procéder différemment à l'avenir. Une solution consisterait à insérer une année de transition entre deux stratégies ou plans successifs, afin de mener à bien l'évaluation et de revoir la politique.

Liens entre les stratégies de lutte contre la drogue et l'alcool

La consommation de substances multiples — polyconsommation — est répandue parmi les consommateurs de drogue européens, et presque tous les modèles de polyconsommation incluent l'alcool (OEDT,

⁽⁵⁾ République tchèque, Estonie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Turquie.

⁽⁶⁾ Par «document national de politique antidrogue», on entend tout document officiel approuvé par un gouvernement visant à définir les principes généraux et les interventions ou objectifs spécifiques dans le domaine de la drogue, officiellement présenté comme une stratégie, un plan d'action, un programme ou toute autre note d'orientation sur la lutte antidrogue.

⁽⁷⁾ Voir l'encadré «Évaluation des stratégies et des plans d'action antidrogue nationaux», p. 26.

2009d). Les professionnels de la prévention, du traitement, de la réduction des risques et de la réinsertion sociale savent que la toxicomanie et les problèmes d'alcool vont souvent de pair et cherchent des solutions pratiques pour résoudre les deux problèmes simultanément. Au niveau politique, la situation semble toutefois plus complexe (Muscat, 2008).

L'examen des stratégies européennes en matière de drogue et d'alcool fait apparaître des situations nationales très diverses: absence totale de stratégie nationale; stratégie pour les drogues illicites mais pas pour l'alcool; stratégies distinctes pour la drogue et l'alcool; deux stratégies interconnectées ou encore un document couvrant à la fois les drogues illicites et l'alcool. Il n'existe pas de tendance s'orientant clairement vers l'un de ces modèles en particulier. Alors que de nombreux pays semblent désormais adopter une stratégie de lutte contre l'alcoolisme (Commission européenne, 2009b) en plus de leur stratégie antidrogue, d'autres ont étendu la portée de leur document de politique antidrogue. L'Irlande a ainsi décidé d'inclure l'alcool dans une nouvelle stratégie sur l'abus de substances.

L'absence d'un modèle et d'une tendance communs à tous les pays européens reflète la multiplicité des questions que les gouvernements doivent prendre en considération lorsqu'ils élaborent des stratégies sur la consommation de substances. Parmi les raisons qui justifient le maintien de stratégies distinctes figure la nécessité d'aborder spécifiquement les problèmes liés à l'alcool, qui ont souvent une ampleur différente de ceux provoqués par la consommation de drogues illicites, ou simplement la reconnaissance des limites juridiques entre substances licites et illicites. Inversement, l'importance de la consommation d'alcool chez les consommateurs de drogues illicites ou la nécessité d'adopter des politiques de santé publique axées sur le mode de vie et le comportement et non sur les substances individuelles réclament une stratégie combinée. Ces questions conflictuelles ont poussé certains pays à développer des solutions pragmatiques, comme relier les stratégies individuelles de lutte contre la drogue et l'alcool par une stratégie de santé publique ou en créant un organe national unique de coordination de la lutte contre la drogue et l'alcool (comme au Portugal). Les futurs travaux dans ce domaine auront pour but d'évaluer les qualités respectives des différents modèles d'association des stratégies de lutte contre la drogue et l'alcool en Europe.

Dépenses publiques et coûts sociaux

Les dépenses publiques liées à tous les aspects du phénomène de la drogue en Europe ont été estimées à 34 milliards d'euros en 2005 (OEDT, 2008d). Ce

Évaluation des stratégies et des plans d'action antidrogue nationaux

Il est désormais courant que les pays européens procèdent à une évaluation ou à une révision finale de leur stratégie ou de leur plan d'action antidrogue national. En règle générale, l'objectif consiste à évaluer le niveau de mise en œuvre atteint et les changements intervenus dans l'état général du phénomène de la drogue afin d'élaborer la prochaine stratégie ou le prochain plan d'action.

Dans certains pays, l'étape préliminaire consiste à évaluer la logique, la pertinence et la cohérence interne du document de politique. L'analyse du contenu, qui englobe parfois l'élaboration d'arborescences des problèmes ou de cadres logiques, sert ensuite à préciser la théorie qui sous-tend la politique, mais aussi à identifier les incohérences entre les objectifs, les actions et les besoins.

La mise en œuvre des actions prévues par les documents de politique est évaluée selon différentes méthodes. Dans certains pays, les données sont fournies de manière routinière par les organismes chargés de la mise en œuvre. Dans d'autres, les prestataires de services ou les autorités régionales sont invités à compléter un questionnaire sur le niveau de mise en œuvre et, parfois, sur les difficultés rencontrées.

La difficulté d'apprécier les effets d'une stratégie antidrogue sur l'état du phénomène de la drogue est reconnue par la plupart des évaluateurs. Néanmoins, une analyse de la situation, reposant sur des indicateurs épidémiologiques et d'autres données sur la santé ou la répression, est généralement fournie et s'accompagne de tentatives d'établir des liens entre certains éléments de la stratégie et les changements observés dans la pratique. Malheureusement, l'analyse inclut rarement une comparaison européenne, ce qui a poussé certains pays à établir un lien entre un recul de la consommation de cannabis et le contenu de leur politique antidrogue nationale, alors que les données mettent en évidence une tendance internationale plus large.

L'interprétation des données est l'une des étapes essentielles de l'évaluation. Quelques pays confient exclusivement cette responsabilité à l'organe national chargé de la coordination de la lutte contre la drogue, tandis que d'autres mandatent des évaluateurs extérieurs, des commissions spéciales ou des groupes d'experts pour dresser l'inventaire des données, évaluer les résultats et formuler des recommandations pour la stratégie ou le plan d'action suivant.

chiffre comprend les dépenses «explicitement imputables aux drogues» que le gouvernement prévoit de consacrer aux activités liées à la drogue et qui sont identifiées comme telles dans le budget. Les dépenses explicitement imputables aux drogues peuvent être retrouvées dans la comptabilité officielle. Cependant, la majeure partie de ces dépenses publiques liées à la drogue ne sont pas explicitement imputables aux drogues. En d'autres termes, elles n'apparaissent pas comme telles dans les budgets

nationaux. Les dépenses non explicitement imputables aux drogues doivent alors être estimées en adoptant une approche de modélisation des coûts.

Les données de différentes années ne sont disponibles que pour les dépenses explicitement imputables aux drogues. En 2008, 22 États membres de l'UE ont fait état de dépenses totales explicitement imputées au phénomène de la drogue pour un montant de 4,2 milliards d'euros. Pour les 16 pays qui ont présenté des chiffres en 2005 et en 2008, le total des dépenses publiques imputées à la drogue est passé de 2,10 à 2,25 milliards d'euros. En pourcentage du produit intérieur brut, le total des dépenses imputées à la drogue a baissé dans neuf pays, augmenté dans six autres et est resté inchangé dans un seul pays ⁽⁸⁾.

Les dépenses publiques liées aux drogues peuvent être classées conformément à la classification internationale des fonctions des administrations publiques (CFAP). Sur l'ensemble des dépenses imputées à la drogue classées pour sept pays fournissant des données CFAP (1,82 milliard d'euros), la majeure partie concernait deux fonctions publiques: la santé (60 %) et l'ordre et la sécurité publics (34 %) (c'est-à-dire les services de police, les tribunaux et les prisons). Ce déséquilibre peut s'expliquer par le fait que les dépenses consacrées à l'ordre et à la sécurité publics sont généralement intégrées dans des programmes d'action plus larges et plus généraux de lutte contre la criminalité (dépenses non explicitement imputables aux drogues) (OEDT, 2008d).

Coûts sociaux de la consommation de drogue

Le calcul du coût social lié à la consommation de drogue met en évidence le montant qui serait économisé si la consommation de drogue était supprimée et identifie les différents composants du coût et l'importance de la contribution de chaque secteur de la société. Cette information peut contribuer à définir les priorités de financement. Les dépenses publiques représentent une part des coûts sociaux, revêtant la forme de coûts directs uniquement abordés sous l'angle du gouvernement national. Les coûts sociaux, en revanche, incluent également les coûts indirects (comme la perte de productivité due à la morbidité et à la mortalité) et les coûts des acteurs privés (les soins de santé privés, par exemple).

Les études relatives au coût social prennent du temps et coûtent cher. C'est la raison pour laquelle les informations sur les coûts sociaux de la consommation de drogue sont rares en Europe. Des estimations récentes des coûts sociaux de la drogue ont été réalisées en Finlande et au Royaume-Uni (Écosse). Les coûts directs de la consommation de drogues illicites et de l'abus de médicaments en Finlande

ont été estimés entre 200 et 300 millions d'euros en 2007. Pour la même année, les coûts indirects ont été estimés entre 500 millions d'euros et 1,1 milliard d'euros. L'aide sociale représentait la plus grande part, soit près d'un tiers, des coûts directs, suivie par le maintien de l'ordre et de la sécurité publics, qui comptait pour environ un quart des coûts. La valeur des vies perdues à la suite d'un décès prématuré constituait la majeure partie des coûts indirects.

En Écosse, l'estimation la plus récente des coûts économiques et sociaux liés à l'abus de drogue se situe à 5,1 milliards d'euros en 2006. La moitié de ces coûts a été imputée à des «coûts sociaux plus larges», dont les coûts pour les victimes de crimes perpétrés par des usagers de drogue à problèmes et la douleur affective des familles des consommateurs de drogue décédés des suites de leur toxicomanie. Sur le coût économique et social total, 96 % sont imputés à l'usage problématique de drogue et 4 % à la consommation récréative de drogue.

Législation nationale

La plupart des pays européens ont envisagé ou opéré des distinctions entre les drogues dans leurs cadres juridiques respectifs. Le nouveau code pénal tchèque en est un exemple récent. Le délit de possession de cannabis ou de son principe actif, le THC, pour usage personnel entraîne une peine maximale inférieure à celle imposée pour la détention d'autres substances. Une option similaire a été discutée en Estonie en 2009, mais dix des treize experts interrogés par le ministère de la justice étaient opposés à une différenciation des infractions selon la substance concernée, et il a été décidé de ne pas modifier la loi. Aux Pays-Bas, le gouvernement a retenu la recommandation du comité consultatif sur la politique en matière de drogues qui préconisait de réexaminer le nombre de classes.

Les autorités législatives de l'Union européenne disposent d'un large éventail de distinctions et de mesures de contrôle, qui dépendent de la mesure où la substance est destinée à une commercialisation et une mise en vente licites pour ses propriétés commerciales, industrielles ou médicales. La première série d'options consiste en des contrôles qui ne relèvent pas de la législation antidrogue. Elle peut être scindée en trois catégories: la vente sans restriction, la vente avec restriction sans contrôle médical et la vente avec restriction et sous contrôle médical. Dans la première catégorie, la législation sur la protection des consommateurs a servi à contrôler la vente de certains produits, comme la vente de substances psychoactives par des *smart shops* ou des substances nouvelles et non encore contrôlées. La deuxième catégorie concerne l'imposition de restrictions telles qu'une limite d'âge de l'acheteur et

⁽⁸⁾ Voir le tableau PPP-10 du bulletin statistique 2010.

parfois du consommateur, ou l'octroi de licences aux points de vente. Cette catégorie couvre le contrôle de l'alcool et du tabac, mais peut aussi inclure les ventes de cannabis dans les *coffee shops* aux Pays-Bas et la vente de certaines substances volatiles au Royaume-Uni, par exemple. La troisième catégorie englobe les législations applicables aux ventes de médicaments, y compris les sirops pour la toux ou les refroidissements en vente libre et les médicaments sur ordonnance. Ces dernières années, la République tchèque et le Royaume-Uni ont imposé des restrictions à la vente des médicaments contre les refroidissements qui contiennent de la pseudoéphédrine, parce qu'ils servent à fabriquer des amphétamines illicites. L'Autriche a également mis à profit la législation sur les médicaments pour restreindre la vente des produits «spice» sans pénaliser les consommateurs (OEDT, 2009a).

Récession économique et phénomène de la drogue

Selon les estimations de la Commission européenne (2009a), la récession économique actuelle est comparable à celle des années 1930. En 2009, le produit intérieur brut des États membres de l'UE s'est effondré de 4,0 %, soit nettement plus que lors des crises précédentes. Les marchés du travail de l'UE ont enregistré un fléchissement spectaculaire, le chômage progressant d'un tiers (se situant à 6,7 % en 2008) et devant atteindre 11 % en 2010, selon les prévisions. L'emploi a considérablement régressé, et la création de 9,5 millions d'emplois entre 2006 et 2008 devrait laisser la place à une perte de 8,5 millions de postes en 2009-2010.

Les conséquences d'une récession économique sur la consommation de drogue et les problèmes liés à la drogue ont été étudiées lors de la conférence de 2010 de l'International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP). L'une des constatations générales de cette conférence est qu'il existe une large palette de mécanismes d'impact potentiel. Ainsi, plus d'adolescents au chômage pourront vendre de la drogue et accroître de ce fait la disponibilité et la consommation de cannabis parmi leurs pairs. Certains jeunes adultes pourraient consommer de la drogue pour faire face au stress et aux difficultés économiques, bien qu'une baisse des revenus puisse en inciter d'autres à réduire leurs dépenses en drogue. Les problèmes actuels liés à la drogue pourraient également être affectés soit directement, les consommateurs de drogue les plus pauvres recourant à des modes d'administration plus efficaces et plus dangereux, soit indirectement, par une réduction des services induite par les coupes claires dans les dépenses publiques.

Il faudra du temps pour évaluer l'impact global de la récession actuelle, notamment en raison des multiples mécanismes décrits plus haut et parce que les effets se feront sentir au fil des ans. Toutefois, les gouvernements qui envisagent aujourd'hui de réduire les dépenses dans le domaine de la drogue doivent tenir compte du rapport coût/efficacité des mesures existantes.

Les législations antidrogue proposent une deuxième série d'options pour distinguer les substances. Ces options peuvent être représentées sous la forme d'une pyramide (Ballotta e.a., 2008). À la base de la pyramide, on trouve le système de distinction qui applique la classification légale. La sanction pour une infraction liée à la drogue varie officiellement en fonction de la classe ou du caractère nocif de la substance considérée, conformément aux listes contenues dans la législation ou directement liées à celle-ci. Ainsi, en Bulgarie, à Chypre, aux Pays-Bas, au Portugal, en Roumanie et au Royaume-Uni, la loi impose ou demande aux autorités pénales d'opérer une distinction entre les types de drogue pour chaque infraction. En Espagne, en Lettonie et à Malte, la sanction ne varie qu'en cas d'inculpation pour trafic de drogue. Au deuxième niveau de la pyramide, les drogues peuvent aussi être classées, mais la loi prévoit des exceptions précises, sous la forme de sanctions plus faibles, pour la détention d'une petite quantité de cannabis pour consommation personnelle, sans circonstances aggravantes. C'est le cas de la Belgique, de la République tchèque, de l'Irlande et du Luxembourg. Au troisième niveau, les distinctions reposent sur les instructions des autorités judiciaires ou sur la jurisprudence. Au Danemark, par exemple, une directive du ministère public recommande différentes amendes pour la possession de différentes drogues, alors qu'en Allemagne, une décision de la Cour constitutionnelle, prenant acte de l'interdiction constitutionnelle d'infliger des sanctions excessives, réclame des mesures moins sévères pour les délits mineurs de possession de cannabis pour usage personnel.

Le sommet de la pyramide est constitué par le pouvoir discrétionnaire judiciaire ou du parquet dans l'application de la loi. Ici, la nature de la substance est l'un des critères pris en compte pour décider de ne pas poursuivre un contrevenant ou d'infliger une sanction moindre. Bien que les données soient limitées, l'OEDT (2009e) a constaté que les jugements pouvaient varier même lorsque les drogues sont considérées de la même manière par la loi. En République tchèque, où la loi classe toutes les drogues dans la même catégorie, 44 % des jugements relatifs à des infractions liées à l'héroïne ont infligé des peines d'emprisonnement, contre 39 % pour la pervitine (méthamphétamine) et 11 % pour le cannabis. Au Royaume-Uni, pour les personnes immédiatement placées en détention, la condamnation moyenne pour les infractions liées à la possession de drogue était de cinq mois pour la cocaïne, sept mois pour l'ecstasy et dix mois pour l'héroïne. La condamnation moyenne pour les infractions liées au trafic de drogue (à l'exception de l'importation et de l'exportation) s'échelonnait de 29 mois pour l'ecstasy à 37 mois pour la cocaïne et l'héroïne. Or, ces trois substances sont classées

dans la même catégorie. On peut donc en conclure que les autorités judiciaires perçoivent des différences dans la dangerosité ou les risques associés aux diverses drogues autres que celles mentionnées dans la législation.

Les seuils quantitatifs qui déterminent les infractions, tels que ceux fixés pour la possession en vue de la consommation personnelle, constituent un facteur distinctif supplémentaire à tous les niveaux de la pyramide. Le tableau récapitulatif «Topic overview» récemment publié par l'OEDT sur les seuils a mis en évidence des différences significatives entre les bases juridiques et les quantités de substances. Ces seuils peuvent être définis par la loi ou par des décrets ministériels ou gouvernementaux (République tchèque, Grèce, Italie, Chypre, Lituanie, Hongrie, Autriche, par exemple) ou dans des lignes directrices émanant du parquet (Danemark, Pays-Bas, Finlande, Norvège) ou les deux (Belgique, Portugal), et même dans des lignes directrices applicables aux condamnations (Finlande). Pour une même infraction, les seuils peuvent varier d'un pays à l'autre. Ainsi, des poursuites pénales pour possession de résine de cannabis peuvent démarrer quelle que soit la quantité en Lituanie ou à partir de 6 grammes dans de nombreux Länder allemands. Il n'y a pas de cohérence entre les seuils en fonction de la substance, le seuil pour le cannabis étant de trois fois (Chypre) à dix fois (Pays-Bas) celui de l'héroïne. En ce qui concerne la cocaïne, le seuil quantitatif peut être égal à celui de l'héroïne (Danemark, par exemple) ou dix fois supérieur (comme en Lettonie).

De manière générale, il apparaît que la distinction opérée entre les drogues dans les États membres de l'UE n'est pas uniquement une question de classification formelle relevant de la législation antidrogue. Elle est également la conséquence du type d'acte législatif utilisé pour contrôler les drogues, des lignes directrices émanant du parquet et de la jurisprudence, des seuils quantitatifs relatifs qui ont été fixés et de l'attitude des autorités judiciaires lorsqu'elles appliquent la loi.

Recherche dans le domaine de la drogue

Renforcement de la capacité de recherche de l'Union européenne

Le renforcement de la capacité de recherche dans le domaine de la drogue est inscrit à l'agenda de l'Europe depuis quelques années. En 2008, la Commission européenne a financé une étude intitulée «Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union» («Analyse comparée de la recherche sur les drogues illicites dans l'Union européenne») ^(*) et, en septembre 2009, elle

a organisé une conférence sur les manières de développer la capacité de recherche de l'Union européenne en matière de drogue. L'étude et les discussions ont apporté plusieurs précisions importantes sur la façon dont la recherche sur la drogue est menée en Europe.

Pour l'essentiel, la recherche sur les drogues en Europe est menée par les États membres, qui fixent les priorités de la recherche en fonction de leurs besoins nationaux. En règle générale, il n'existe pas de stratégie cohérente de recherche sur la drogue, qui soit assortie d'un financement spécifique. En revanche, la recherche dans le domaine de la drogue est habituellement intégrée dans les programmes relatifs à la santé, aux sciences sociales ou à d'autres domaines. En outre, la recherche est fortement orientée vers l'épidémiologie et l'évaluation des interventions, l'offre de drogue et la réduction de l'offre tout comme l'évaluation de la politique antidrogue étant sous-représentées. Dans l'ensemble, l'absence d'approche cohérente à long terme caractérise la coordination entre la politique, la recherche et la pratique. L'activité de recherche nationale est complétée par le septième programme-cadre de la Communauté européenne pour des actions de recherche, de développement technologique et de démonstration (2007-2013).

Résultats de la recherche et barrières linguistiques

La plupart des résultats de la recherche révisés par les pairs sont publiés en anglais, ce qui limite leur accessibilité pour un nombre significatif de chercheurs, de praticiens et de décideurs politiques européens. Il en va de même pour les travaux publiés dans des journaux révisés par des pairs dans d'autres langues. En 2008, l'OEDT a recensé 27 journaux de ce type en Europe, qui étaient publiés en tchèque, en danois, en allemand, en grec, en espagnol, en français, en hongrois, en polonais, en portugais, en suédois et en norvégien. De nombreuses organisations gouvernementales et non gouvernementales publient également des résultats de recherche dans des rapports qui ne sont disponibles que dans la langue nationale. La plupart de ces informations ne sont donc accessibles qu'à un nombre restreint de personnes.

L'importance des barrières linguistiques a été mise en évidence par l'étude intitulée «Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union» («Analyse comparative de la recherche sur les substances illicites dans l'Union européenne») et a été discutée lors de la conférence de la Commission «Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU» («Comblant les lacunes de la recherche en matière de drogues illicites dans l'UE»). La première étape pour surmonter ces obstacles a été la mise en place par l'OEDT d'un site de recherche thématique, qui contient une liste des études nationales et des liens vers des rapports publiés et non publiés.

^(*) Les documents et les exposés présentés durant la conférence ainsi que le rapport d'étude complet sont disponibles sur le site internet de la conférence.

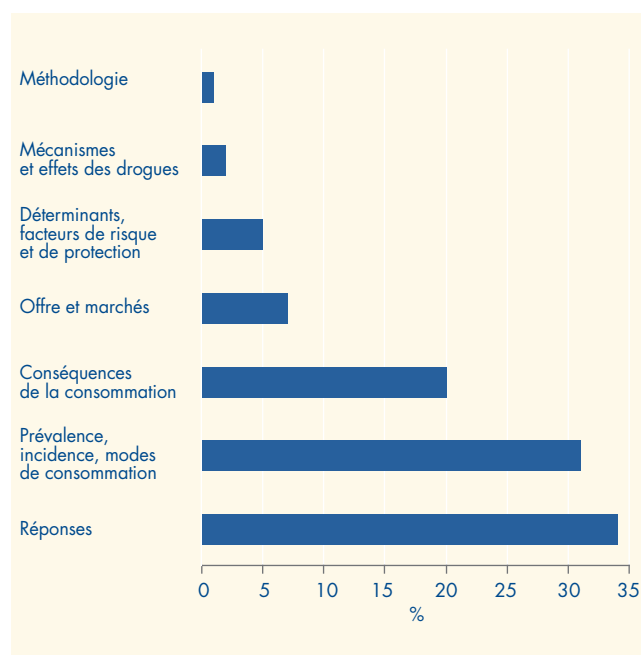
Ces informations ont alimenté les conclusions du Conseil européen sur le «Renforcement de la capacité de recherche de l'UE sur les drogues illicites»⁽¹⁰⁾, qui identifient les priorités futures: recherche sur la cause et la nature du phénomène de la drogue et sur les réponses à y apporter et étude d'évaluation de la réduction de l'offre et de la demande. Les États membres sont également invités à renforcer leur capacité de recherche et leurs mécanismes de coordination et à étudier, avec l'aide de la Commission européenne, les possibilités offertes par le septième programme-cadre pour la recherche, les réseaux de l'espace européen de la recherche (ERANET) et les bourses Marie Curie. Par ailleurs, les États membres et les chercheurs sont encouragés à «contribuer activement aux consultations sur la politique européenne future de la recherche et sur les objectifs futurs de la recherche dans le domaine de la drogue dans le cadre de la prochaine stratégie antidrogue de l'UE». Le Conseil est également convenu de mettre en place un échange annuel sur la recherche dans le domaine de la drogue afin de promouvoir la coopération transfrontalière entre chercheurs. Il a reconnu la nécessité d'améliorer l'accès des décideurs et des professionnels aux résultats de la recherche et a instamment invité l'OEDT à fournir et à diffuser, par le biais de sa page internet thématique sur la recherche et son portail consacré aux meilleures pratiques (Best practice portal), les informations et les résultats de la recherche sur les drogues.

Informations sur la recherche menée dans les États membres

Dans leurs rapports nationaux Reitox de 2009, les pays européens ont fait mention de plus de 650 projets de recherche en cours ou publiés entre 2007 et 2009, soit environ deux fois plus qu'au cours de la période précédente. Cette augmentation s'est vérifiée dans 26 des 29 pays ayant présenté un rapport. Le Royaume-Uni a rapporté le nombre le plus élevé de projets de recherche — plus d'une centaine —, suivi par l'Allemagne, les Pays-Bas et la Finlande, avec plus de 50 projets chacun, et par la République tchèque, l'Irlande et la Suède, avec plus de 30 projets.

À l'instar des années précédentes, la recherche sur les réponses au phénomène de la drogue, sur la prévalence, l'incidence et les modes de consommation a représenté environ un tiers des études récentes, tandis que les conséquences de la consommation de drogue faisaient l'objet d'un cinquième des projets de recherche (graphique 1). Par rapport à l'an dernier, une quarantaine d'études supplémentaires sur l'offre de drogue et les marchés a été signalée. Bien que ce chiffre soit dans une large mesure le résultat d'une collecte spéciale de données sur les marchés du cannabis, coordonnée par l'OEDT en 2009, il indique néanmoins un intérêt croissant pour les études portant sur l'offre.

Graphique 1 — Thématiques de recherche des études nationales sur la drogue mentionnées dans les rapports nationaux Reitox de 2009 (en pourcentage de l'ensemble des études citées)



NB: 29 rapports nationaux Reitox (2009) ont été examinés pour recenser les références aux études sur la drogue réalisées entre 2007 et 2009. Les études ont été classées en fonction du contexte dans lequel elles étaient citées.

Source: Rapports nationaux Reitox (2009).

⁽¹⁰⁾ Disponible sur la page consacrée à la recherche sur les drogues (Drug-related research) du site de l'OEDT.



Chapitre 2

La réponse au problème de la drogue en Europe — Vue d'ensemble

Introduction

Ce chapitre présente une vue d'ensemble des réponses apportées au phénomène de la drogue en Europe et souligne, chaque fois que cela est possible, les tendances, les évolutions, les problèmes de qualité. Il examine dans un premier temps les mesures de prévention, et il se penche ensuite sur les interventions en matière de traitement, de réduction des risques et de réinsertion sociale. Ensemble, toutes ces mesures forment un système complet de réduction de la demande de drogue. Elles peuvent être considérées comme complémentaires et sont parfois proposées de façon combinée et par les mêmes structures. C'est de plus en plus le cas, par exemple, pour les mesures relatives au traitement et à la réduction des risques.

Les réponses proposées dans le cadre de la répression antidrogue sont également abordées dans une section regroupant les données les plus récentes sur les infractions à la législation antidrogue. Le chapitre s'achève par un examen des données disponibles concernant les besoins des toxicomanes en milieu carcéral ainsi que les réponses existant dans ce cadre spécifique.

Prévention

La prévention de la toxicomanie s'articule autour de différents niveaux ou stratégies, qui ciblent la société dans son ensemble (prévention environnementale) ou se concentrent sur les individus à risque (prévention ciblée). Idéalement, ces différentes stratégies ne devraient pas interférer les unes avec les autres mais se compléter. Les principaux enjeux des politiques de prévention consistent à faire correspondre les différents niveaux de prévention avec le degré de vulnérabilité des groupes cibles (Derzon, 2007) et à faire en sorte que les interventions reposent sur des preuves et aient une couverture suffisante.

Stratégies environnementales

L'objectif des stratégies de prévention environnementale vise à modifier les environnements culturel, social, physique et économique immédiats dans lesquels les individus posent leur choix en termes de consommation de drogue.

Généralement, ces stratégies incluent des mesures telles que l'interdiction de fumer, la fixation des prix de l'alcool ou des campagnes de promotion de la santé dans les écoles. Il est démontré que les mesures de prévention environnementale s'adressant à l'ensemble de la société et ciblant le climat social dans les écoles et les communautés sont efficaces et modifient les croyances normatives et, partant, la consommation de substances (Fletcher e.a., 2008).

Des interdictions partielles ou totales de fumer sont désormais appliquées dans la quasi-totalité des pays européens et la publicité sur le tabac est interdite par une directive communautaire datant de 2003 (2003/33/CE). Les propositions en vue de fixer un prix minimal pour l'alcool et le renforcement des restrictions relatives à la promotion de l'alcool font aussi l'objet de débats dans plusieurs pays d'Europe. En 2009, dix États membres de l'UE ont fait état d'efforts destinés à créer un climat positif et protégé dans les écoles, incluant des règles strictes en matière de possession et de consommation de substances. Les pays du nord de l'Europe ont également développé le concept d'environnements protégés positifs au niveau des communautés, qui se traduisent, par exemple, par des plans d'action municipaux contre la consommation d'alcool.

Prévention universelle

La prévention universelle concerne des populations entières, essentiellement en milieu scolaire et au niveau des communautés. Elle vise à dissuader ou à retarder le début de la consommation de drogue et les problèmes liés à la drogue en fournissant aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour éviter de commencer à consommer des drogues. Les preuves disponibles démontrent l'efficacité des actions de prévention universelle bien conçues et structurées. Un exemple récent est le programme néerlandais combiné école-parents, qui a réduit la consommation d'alcool (Koning e.a., 2009). Il existe peu de preuves de l'efficacité d'autres types d'interventions, notamment les campagnes dans les médias, et certaines études ont observé des effets négatifs. Malgré cela, la majorité des pays européens déclarent toujours financer des campagnes de prévention.

La prévention universelle basée sur les écoles est menée dans tous les pays d'Europe, bien que son contenu et sa couverture varient. La fourniture d'informations et un apprentissage de l'autonomie fonctionnelle sont les deux principaux types d'interventions disponibles. Les protocoles d'intervention structurés («programme») sont encore relativement rares. La nécessité de renforcer la prévention universelle en milieu scolaire est de plus en plus reconnue en Europe. Onze États membres de l'UE déclarent, par exemple, s'être efforcés de définir des normes de prévention.

Prévention sélective

La prévention sélective est axée sur des groupes, familles ou communautés spécifiques, dont les membres, du fait de leurs faibles liens sociaux ou de leurs maigres ressources, sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance. Les preuves de l'efficacité de la prévention sélective sont encore limitées en raison de la difficulté de mettre en œuvre des modèles d'évaluation expérimentaux. Cela ne s'applique toutefois qu'aux interventions visant les familles vulnérables, dont l'efficacité a été démontrée dans plusieurs études (Petrie e.a., 2007). Dans ce domaine, l'un des exemples récents est une adaptation du «programme de renforcement des familles», qui a été évalué en Espagne et s'est révélé efficace dans la réduction des prédicteurs de la toxicomanie, tels qu'un comportement perturbateur à l'école et des symptômes de dépression. Des résultats positifs ont également été observés au Royaume-Uni, à savoir des réductions des risques pour les enfants, du nombre de cas déclarés de comportement antisocial, des problèmes éducatifs, de la délinquance juvénile, de la violence domestique, des problèmes de santé mentale et physique et des abus de substances, parmi les 699 premières familles qui ont participé aux «projets d'intervention familiale».

En moyenne, les pays européens font état d'une offre limitée de prévention sélective, la plupart des mesures ciblant les jeunes délinquants, les familles et les groupes ethniques vulnérables. Dans l'ensemble, les données indiquent que la couverture de la prévention sélective ne s'est pas étendue ces dernières années. Cette observation peut connaître des exceptions, comme les interventions en faveur des familles vulnérables dans certains pays et FreD, un protocole d'intervention systématique visant les jeunes délinquants, qui est désormais utilisé dans plus d'un tiers des États membres de l'UE.

Prévention ciblée

La prévention ciblée tend à identifier les personnes présentant des problèmes comportementaux ou psychologiques qui donnent à penser qu'elles pourraient

Enseignements à tirer des essais de prévention

L'efficacité des mesures européennes de prévention reste très peu étudiée (¹). La prévention universelle et la prévention ciblée en milieu scolaire sont les deux aspects qui reçoivent le plus d'attention. Parallèlement, la transférabilité des résultats des recherches menées dans d'autres parties du monde, principalement aux États-Unis, fait débat.

L'étude EU-DAP, une étude multicentrique européenne portant sur quelque 7 000 élèves âgés de 12 à 14 ans dans sept États membres de l'UE, contribue au développement de la recherche sur la prévention et montre que les interventions peuvent produire des effets similaires en Europe et dans d'autres continents.

Une réduction significative des risques liés à la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis a été constatée après un an pour «Unplugged», un programme en douze séances. «Unplugged» cherche à corriger les croyances normatives sur la consommation de drogue, tout en fournissant des informations sur les substances et un apprentissage de l'autonomie fonctionnelle. Lors du suivi après dix-huit mois, des effets bénéfiques persistants ont été observés pour des épisodes d'ébriété et de consommation fréquente de cannabis au cours des trente derniers jours, alors que l'effet à court terme sur la consommation quotidienne de cigarettes s'estompait (Faggiano e.a., 2010).

Une analyse de la médiation a montré que les effets sur la consommation de cannabis étaient essentiellement dus à la correction des croyances normatives, des attentes positives vis-à-vis de la substance et des attitudes positives vis-à-vis des drogues illicites. Le renforcement de l'aptitude à la communication, à la prise de décision et au refus s'est révélé moins efficace.

Des chercheurs européens et américains conduisent actuellement des études parallèles sur la base de l'essai EU-DAP et d'autres données afin de comprendre comment les enfants et les adolescents réagissent à la prévention dans différents contextes. L'analyse porte en particulier sur l'influence du genre, du contexte social et des caractéristiques psychologiques.

(¹) Cela a abouti à la création de l'European Society for Prevention Research.

développer ultérieurement des problèmes de toxicomanie, et à les cibler individuellement par le biais de mesures spécifiques. Habituellement, les programmes de prévention ciblée font l'objet d'une évaluation et atteignent souvent des niveaux d'efficacité élevés (OEDT, 2009c). Dans l'ensemble, les interventions dans ce domaine restent limitées, et seuls six pays déclarent avoir adopté des mesures destinées à des enfants souffrant d'hyperactivité ou d'un déficit d'attention ou ayant un comportement perturbateur et dix autres mentionnent des interventions précoces et la mise en place de services de conseil pour les personnes qui ont commencé à consommer de la drogue. Un exemple

récent est le «cannabis show» néerlandais, qui repose sur un programme existant de prévention de la consommation de cannabis (éducation ludique par les pairs) et est mis en œuvre dans une école pour jeunes présentant des troubles comportementaux et d'autres problèmes psychiatriques.

Traitement

En Europe, les principales modalités de traitement des problèmes de toxicomanie sont des interventions psychosociales, des traitements de substitution aux opiacés et des cures de désintoxication. L'importance relative de ces différentes modalités de traitement dans chaque pays est influencée par divers facteurs, dont l'organisation du système national de soins de santé.

Il n'existe aucun ensemble de données permettant de décrire l'ensemble de la population des toxicomanes en cours de traitement en Europe. Toutefois, l'indicateur des demandes de traitement de l'OEDT rassemble des informations sur un sous-groupe important de cette population, puisqu'il collecte des données sur les personnes qui entrent dans des services spécialisés dans le traitement de la dépendance ⁽¹⁾. En 2008, l'indicateur a enregistré environ 440 000 patients commençant un traitement, dont 40 % entamaient un traitement pour toxicomanie pour la première fois de leur vie.

Sur la base de différentes sources, y compris l'indicateur des demandes de traitement, une estimation conservatrice est qu'un million de personnes ont suivi un traitement pour consommation de drogues illicites dans l'Union européenne en 2007. Parmi elles, plus de la moitié ont bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés. L'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni représentaient ensemble près de 80 % des toxicomanes en traitement.

Bien qu'elle doive être affinée, cette estimation du nombre de traitements de la dépendance dans l'Union européenne met en avant une offre considérable de traitement. Elle souligne également les fortes augmentations qu'a connues l'offre de traitement depuis le milieu des années 1990, à l'époque où la politique antidrogue a fixé pour priorités une disponibilité accrue et un accès plus aisé aux traitements de la dépendance. Les deux dernières décennies ont vu le développement de services ambulatoires spécialisés et le développement d'approches fondées sur des structures de proximité et des services à bas seuil. Plusieurs pays ont étendu leurs programmes de traitement de substitution en faisant appel à des prestataires de services supplémentaires, tels que les médecins généralistes. De ce fait, le nombre de personnes recevant un traitement de substitution en Europe a décuplé depuis 1993 ⁽¹²⁾. De nouveaux groupes

de patients, tels que les consommateurs de cannabis et de stimulants, qui sont entrés en traitement en nombre croissant au cours des quinze dernières années, ont également entraîné des modifications dans l'offre de traitement.

Bien que l'accès au traitement se soit amélioré dans de nombreux pays, il existe encore des obstacles qui empêchent ou découragent les toxicomanes d'accéder à un traitement ou à certaines de ses modalités. Parmi ces obstacles, on trouve, notamment, des réglementations imposant des critères d'admission stricts et des cadres juridiques contraignants, les coûts du traitement pour les patients, le manque de personnel qualifié ou la faible densité géographique des prestataires de traitement. Mais les toxicomanes nécessitant un traitement rencontrent d'autres obstacles: heures d'ouverture inadéquates, exigence d'une présence quotidienne et absence de services de garde d'enfants (par exemple, pour les patients hospitalisés), autant d'éléments qui se heurtent à leur situation professionnelle et personnelle. Les convictions personnelles et les préjugés des professionnels et des consommateurs de drogue concernant l'adéquation, les effets et les résultats de certaines approches spécifiques du traitement peuvent également entraver l'accès à celui-ci.

L'augmentation des délais d'attente pour bénéficier d'un traitement de la dépendance peut être l'une des conséquences des obstacles à l'accès au traitement. Selon les informations fournies par les experts nationaux en 2008, une offre limitée de traitement et le manque de ressources, ainsi que les retards liés à des raisons procédurales, sont les causes principales des délais d'attente actuels, qui diffèrent selon les modalités de traitement (voir ci-dessous).

Question particulière — Traitement et soins donnés aux usagers de drogue plus âgés

Le nombre d'usagers de drogue âgés en Europe devrait doubler entre 2001 et 2020, et cette situation va nécessiter des approches adéquates et innovantes en matière de traitement et de soin de cette population en expansion. Une question particulière a été consacrée cette année à ce sujet par l'OEDT, qui étudie l'évolution et les causes de ce phénomène de vieillissement au cours des deux dernières décennies. Les caractéristiques sanitaires et sociales des usagers de drogue âgés sont également détaillées afin d'identifier leurs besoins actuels. Le rapport se termine par un aperçu des interventions actuelles destinées aux usagers de drogue âgés et des meilleures pratiques des États membres.

Cette «question particulière» est disponible en version papier et peut être téléchargée sur le site de l'OEDT en anglais uniquement.

⁽¹⁾ L'indicateur des demandes de traitement regroupe des données émanant de 29 pays et concernant des centres spécialisés dans la toxicomanie, avec une couverture de plus de 60 % des unités dans la plupart des pays (voir le tableau TDI-7 du bulletin statistique 2010).

⁽¹²⁾ Voir le graphique HSR-2 du bulletin statistique 2010.

Traitement dans une structure ambulatoire

Il existe des informations sur quelque 383 000 patients ayant commencé un traitement ambulatoire en Europe en 2008. La plupart de ces toxicomanes ont entamé un traitement dans des services spécialisés de traitement de la toxicomanie et seuls quelques pays ont fourni des informations sur les patients suivis par un médecin généraliste ou dans des services à bas seuil. Plus de la moitié des patients commençant un traitement (53 %) déclarent consommer des opiacés, essentiellement de l'héroïne, comme drogue principale, suivis par le cannabis (22 %) et la cocaïne (18 %) ⁽¹³⁾. La plupart du temps, les patients se présentent d'eux-mêmes au traitement (36 %), tandis que 20 % sont envoyés par le système judiciaire. Les autres patients sont adressés aux centres de traitement par les services sociaux et de santé ou par des réseaux informels, comme la famille et les amis ⁽¹⁴⁾.

Les patients entreprenant un traitement ambulatoire sont essentiellement de jeunes hommes, âgés en moyenne de 31 ans, et on recense quatre fois plus d'hommes que de femmes. Les patients commençant un traitement pour la première fois et les patientes sont, en moyenne, légèrement plus jeunes. On rapporte également des moyennes d'âge inférieures pour les consommateurs de cannabis (25 ans) et pour les consommateurs de stimulants autres que la cocaïne (29 ans), tandis qu'un âge moyen supérieur est enregistré pour les consommateurs primaires de cocaïne (32 ans) et d'opiacés (34 ans). En moyenne, les patients les plus jeunes vivent en République tchèque (26 ans) et les plus âgés en Espagne (33 ans) ⁽¹⁵⁾. Le ratio hommes/femmes est le plus élevé parmi les consommateurs de cannabis (5/1) et de cocaïne (4,8/1) et le plus bas parmi les consommateurs de stimulants autres que la cocaïne (2,2/1). Quelle que soit la drogue principale, les ratios hommes/femmes sont les plus élevés dans les pays du sud de l'Europe et les plus bas dans les pays du nord ⁽¹⁶⁾.

Les deux modalités principales de traitement ambulatoire en Europe sont les interventions psychosociales et le traitement de substitution aux opiacés. Pour les consommateurs d'opiacés, les deux modalités sont souvent proposées ensemble. Les interventions psychosociales proposent une aide aux consommateurs qui tentent de gérer et de résoudre leur problème de dépendance. Ces interventions comprennent des conseils, une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, une prise en charge personnalisée, des thérapies de groupe et

familiale et la prévention des rechutes. Selon les pays, ce type d'intervention est essentiellement proposé par des organismes publics ou par des organisations non gouvernementales. En 2008, des experts de neuf des vingt-sept pays déclarants ont estimé qu'il n'existait pas de temps d'attente pour ce type de traitement. Dans dix autres pays, les experts nationaux ont estimé que les délais d'attente moyens ne dépassaient pas un mois. En Norvège, le temps d'attente moyen est estimé à dix semaines, tandis que la loi danoise exige que le traitement débute dans les 14 jours. Les experts de sept pays n'ont pas été en mesure de fournir une estimation.

La principale option des patients consommateurs d'opiacés en Europe réside dans un traitement de substitution. Il est généralement dispensé dans une structure ambulatoire, bien que, dans certains pays, il soit également disponible en milieu hospitalier et de plus en plus en milieu carcéral ⁽¹⁷⁾. Tous les États membres de l'UE ainsi que la Croatie et la Norvège proposent un traitement de substitution aux opiacés ⁽¹⁸⁾. En Turquie, ce type de traitement doit encore être introduit, bien qu'un règlement de 2004 portant sur les centres de traitement l'autorise. Dans la plupart des pays, les services ambulatoires spécialisés sont les principaux fournisseurs de traitements de substitution. Toutefois, les médecins généralistes permanents jouent un rôle de plus en plus important dans l'offre de ce type de traitement, souvent dans le cadre de structures d'entraide avec des centres spécialisés. Ces prestataires interviennent à différents niveaux dans 13 pays.

En 2008, on estime à quelque 670 000 le nombre de consommateurs d'opiacés ayant reçu un traitement de substitution en Europe ⁽¹⁹⁾. D'après les experts de 10 des 26 pays déclarants, il n'y a pas de délai d'attente pour ce type de traitement. Dans quatre pays (République tchèque, Danemark, Italie, Portugal), le temps d'attente moyen est estimé à moins d'un mois. En République tchèque, il n'existe des délais d'attente que pour les traitements à la méthadone, étant donné que les traitements à base de hautes doses de buprénorphine peuvent être prescrits par des médecins généralistes — bien que le patient doive alors assumer le coût du médicament. Dans quatre autres pays (Hongrie, Roumanie, Finlande et Norvège), le délai d'attente estimé s'échelonne entre un et six mois, alors que dans trois autres pays (Bulgarie, Grèce, Pologne), il est de plus d'un an. De ces trois pays, la Grèce déclare un délai d'attente moyen de 38 mois et les données révèlent

⁽¹³⁾ Voir le tableau TDI-19 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁴⁾ Voir le tableau TDI-16 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁵⁾ Voir les tableaux TDI-10 et TDI-103 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁶⁾ Voir le tableau TDI-21 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁷⁾ Voir la partie «Aide aux usagers de drogue en milieu carcéral», p. 43.

⁽¹⁸⁾ Voir les tableaux HSR-1 et HSR-2 du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁹⁾ Voir le tableau HSR-3 du tableau statistique 2010.

que 5 261 usagers d'opiacés à problèmes étaient inscrits sur des listes d'attente pour bénéficier d'un programme de substitution en 2008. Les délais d'attente nationaux moyens peuvent toutefois masquer des disparités régionales considérables. Ainsi, en Irlande, le temps d'attente moyen pour un traitement de substitution varie de moins de 3,5 mois à Dublin à 18 mois dans le sud-est (Comptroller and Auditor General, 2009). Les experts de quatre pays n'ont pas été en mesure de fournir une estimation des délais d'attente.

Traitement en milieu hospitalier

Des données sont disponibles pour quelque 42 000 consommateurs de drogue ayant commencé un traitement en milieu hospitalier en Europe en 2008. Plus de la moitié d'entre eux ont cité les opiacés comme drogue principale (57 %), et pour la majorité des autres patients, la drogue principale était le cannabis (13 %), des stimulants autres que la cocaïne (13 %) ou la cocaïne (7 %). Les patients hospitalisés sont essentiellement des hommes jeunes, dont la moyenne d'âge est de 30 ans, le ratio hommes/femmes se situant à 3,5/1 ⁽²⁰⁾.

Le traitement en milieu hospitalier ou en hébergement exige que les patients restent hospitalisés pendant une durée allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Très souvent, ces programmes appliquent une politique d'abstinence (sans traitement de substitution) pour permettre au patient de s'abstenir de consommer de la drogue. La désintoxication est une intervention de courte durée sous contrôle médical dont le but est de supprimer les symptômes de manque associés à une consommation chronique de drogue et elle est parfois une condition préalable avant d'entamer un traitement de longue durée en milieu hospitalier basé sur l'abstinence. La désintoxication est souvent une intervention en hébergement assurée par des hôpitaux, des centres spécialisés dans le traitement de la dépendance ou des établissements avec des unités médicalisées ou psychiatriques.

Les patients traités en milieu hospitalier bénéficient d'un hébergement et de traitements psychosociaux personnalisés et participent à des activités visant à les réinsérer dans la société. Une approche de communautés thérapeutiques est souvent adoptée dans ce contexte. Le traitement des toxicomanes en milieu hospitalier est aussi assuré par des hôpitaux psychiatriques, notamment pour les patients présentant des troubles psychiatriques comorbides.

Selon les experts nationaux grecs, hongrois et turcs, l'accès aux interventions psychosociales en milieu hospitalier est immédiat. Les experts estiment que le temps d'attente moyen est inférieur à un mois dans 12 pays et à 25 semaines en

Norvège. En Autriche, le temps d'attente serait de plusieurs mois, selon la région et la structure de traitement. Les experts de dix pays n'ont pas fourni d'estimation du délai d'attente pour ce type de traitement.

Selon les experts de Hongrie, de Slovaquie, de Turquie et de la Communauté flamande de Belgique, il n'y a pas de temps d'attente pour la désintoxication. Dans 11 pays, le délai d'attente estimé est inférieur à deux semaines. Chypre, la République tchèque et la Grèce estiment le temps d'attente entre deux semaines et un mois, tandis qu'en Irlande, en Autriche et en Norvège, il varie d'un à trois mois. Les experts de cinq pays n'ont pas fourni d'estimations.

Assurance qualité

La plupart des pays européens mènent actuellement des actions pour garantir un traitement de qualité de la toxicomanie. Ces actions englobent l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices, l'adoption de plans antidrogue nationaux qui abordent la question de la qualité des traitements, des processus d'accréditation et de certification de la qualité et des études analysant et comparant les différences de qualité entre les centres de traitement.

Parmi les développements récents, on peut citer la mise en œuvre de lignes directrices sur la qualité du traitement dans six pays. Chypre, la Turquie et la Norvège ont récemment publié des lignes directrices à ce sujet. Dix pays ont adopté de nouveaux documents stratégiques, certains incluant des systèmes d'accréditation. La Pologne et la Slovaquie ont également introduit des critères d'accréditation des centres de traitement et la Slovaquie applique désormais la certification ISO 9001. Quatre pays (Estonie, Lettonie, Pays-Bas et Roumanie) analysent l'hétérogénéité de la qualité des services à l'intérieur de leur système de traitement.

Le Royaume-Uni évalue depuis longtemps son système de santé et possède l'une des plus larges panoplies d'outils pour contrôler et améliorer la qualité des traitements. Cette panoplie comprend désormais un document sur la gouvernance clinique en matière de traitement de la toxicomanie (NTA, 2009), qui aborde les questions de responsabilité, l'amélioration de la qualité, les politiques de gestion des risques et les procédures visant à identifier les mauvais résultats et à y remédier.

Une étude commandée par l'OEDT a identifié 60 lignes directrices nationales sur le traitement de la toxicomanie dans 17 des 22 pays déclarants d'Europe. Les modalités les plus fréquemment couvertes sont le traitement psychosocial (29), le traitement de substitution aux opiacés (28) et la

⁽²⁰⁾ Voir les tableaux TDI-7, TDI-10, TDI-19 et TDI-21 du bulletin statistique 2010.

désintoxication (22). Il semblerait que les pays qui comptent un nombre élevé de patients suivant un traitement de substitution aux opiacés ont élaboré des lignes directrices pour chaque modalité de traitement.

Dix-sept pays déclarent disposer de lignes directrices spécialement consacrées au traitement des consommateurs d'opiacés. Cinq pays ont élaboré des lignes directrices sur la consommation de différentes substances, tandis que la Hongrie et l'Allemagne ont adopté des lignes directrices sur les troubles liés à la consommation d'amphétamines et de cannabis. Dix pays se penchent sur les usagers de drogue à problèmes de longue durée et neuf ont élaboré des lignes directrices pour les jeunes consommateurs de drogue. Huit pays traitent également des consommateurs de drogue présentant des troubles concomitants.

La quasi-totalité des lignes directrices est destinée à des professionnels du traitement (58) et à des prestataires de services (52), et près de la moitié vise les planificateurs des soins de santé (25). Le Portugal est le seul pays à rendre compte de lignes directrices s'adressant aux patients, tandis que le Danemark, quant à lui, évoque des documents destinés aux décideurs politiques. Des professionnels du traitement de la dépendance ont participé à l'élaboration des lignes directrices dans 17 pays et d'autres professionnels dans quatre pays. Des chercheurs ont pris part aux travaux dans neuf pays, des décideurs dans trois et des patients dans un pays. Le portail de l'OEDT consacré aux meilleures pratiques contient davantage d'informations sur les lignes directrices nationales en matière de traitement.

Réduction des risques

La prévention et la réduction des risques liés à la drogue sont un objectif de santé publique dans tous les États membres et font partie intégrante de la stratégie antidrogue de l'UE (21). La planification des services dispose désormais d'études portant sur les preuves scientifiques des interventions de réduction des risques ainsi que d'études montrant l'impact combiné de ces interventions (OEDT, 2010a). Les principales mesures en la matière sont le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, qui ciblent les décès par surdose et la propagation des maladies infectieuses. Tous les pays déclarent disposer de ces mesures, à l'exception de la Turquie. Bien qu'il existe des différences considérables dans la portée et les niveaux des services (voir les chapitres 6 et 7), la tendance générale en Europe est au renforcement et à la consolidation des mesures de réduction des risques.

Nouvelle monographie de l'OEDT sur la réduction des risques

La monographie *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (*Réduction des risques: preuves, effets et défis*) a été publiée en 2010 par l'OEDT. Elle contient un examen exhaustif de ce sujet décrit en 16 chapitres, rédigés par plus de 50 experts européens et internationaux. La première partie de la monographie revient sur l'émergence et la diffusion des approches de réduction des risques et analyse ce concept sous différents angles, y compris celui des organisations internationales, des chercheurs et des consommateurs de drogue. La deuxième partie est consacrée à l'examen des preuves et des effets de la réduction des risques et illustre la manière dont le concept s'est étendu pour englober un large éventail de comportements et de risques, y compris ceux liés à l'alcool, au tabac et à la consommation récréative de drogue. La dernière partie s'intéresse aux défis et aux innovations ainsi qu'à la nécessité d'intégrer et d'adapter les interventions aux besoins des individus et de la société.

Cette publication est disponible en version papier et peut être téléchargée sur le site de l'OEDT en anglais uniquement.

La plupart des pays européens fournissent divers services sanitaires et sociaux, y compris ceux recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ONUSIDA et l'Onusida (2009), dans le cadre d'un «paquet complet» de prévention du VIH chez les usagers par injection. Les interventions généralement proposées sont fonction du contexte national, mais elles couvrent une évaluation individuelle des risques et des conseils personnalisés, des informations ciblées et une éducation à une consommation plus sûre, la distribution de matériel d'injection aux usagers par injection, des tests de dépistage des maladies infectieuses et des conseils en la matière, des traitements antirétroviraux et une vaccination contre les hépatites virales. La plupart de ces services sont assurés par les structures à bas seuil. Les stratégies de réduction des risques qui tendent à prévenir les décès dus à la drogue sont toutefois rares (22), en dépit d'une prise de conscience croissante de la nécessité de telles mesures. De nouvelles initiatives en ce domaine comprennent des systèmes d'alerte rapide sur les substances associées aux risques les plus aigus (23). Ainsi, en République tchèque, toutes les structures à bas seuil ont été informées en 2009 de l'apparition possible du fentanyl sur le marché local de la drogue.

À la suite des améliorations récentes apportées au traitement de l'hépatite C, la plupart des pays

(21) COM(2007) 199 final.

(22) Voir le tableau HSR-8 du bulletin statistique 2010.

(23) Voir l'encadré «Épidémie d'anthrax parmi les consommateurs d'héroïne au Royaume-Uni et en Allemagne» au chapitre 7.

renforcent actuellement leurs efforts de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite au sein de la population des consommateurs de drogue, y compris parmi ceux qui suivent un traitement de substitution. En voici quelques exemples: le nouveau plan national «Hépatites» en France, une étude pilote visant à formuler des recommandations pour la prévention du virus de l'hépatite C en Allemagne ou les orientations en matière de traitement de l'hépatite en République tchèque, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Plusieurs pays, notamment la Belgique, la France, le Luxembourg et la Hongrie, ont également fait état d'études et de campagnes de dépistage en milieu carcéral.

L'objectif des stratégies de réduction des risques dépasse désormais l'épidémie de VIH/sida pour s'inscrire dans la perspective plus large de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogue à problèmes, en particulier ceux qui sont exclus de la société. L'intégration de la réduction des risques dans la réponse au phénomène de la drogue a également fait progresser la collecte de données sur ce phénomène. Des inventaires nationaux des services et des études sur la qualité des services (République tchèque, Allemagne, Irlande, Finlande), ainsi que des enquêtes sur les patients (Estonie, Lituanie, Luxembourg, Hongrie) dressent un tableau plus précis de la fourniture de services et des besoins des usagers. Ces mesures aident également à encourager l'évaluation de la qualité et les échanges de meilleures pratiques, à améliorer le matériel et les techniques de prévention et à développer de nouvelles interventions.

Exclusion et réinsertion sociales

La réinsertion sociale est reconnue comme un volet essentiel des stratégies antidrogue complètes. Elle peut intervenir à n'importe quel stade de la consommation de drogue et dans différents milieux et couvre le développement des capacités, l'amélioration de l'aptitude à vivre en société, des mesures destinées à favoriser et à encourager l'emploi et à trouver ou à améliorer le logement. Dans la pratique, les programmes de réinsertion peuvent comprendre des conseils d'orientation professionnelle, des placements et une aide au logement. Les mesures centrées sur le milieu carcéral, qui ont un impact sur les rechutes et les récidives, peuvent mettre les détenus en contact avec des services d'aide sociale et de logement basés sur les communautés en vue de leur libération. En règle générale, les résultats des mesures de réinsertion sociale dépendent souvent d'une collaboration efficace entre les services de santé et les services sociaux.

Bien qu'il n'existe pas de lien de causalité direct entre les formes plus problématiques de la toxicomanie et l'exclusion sociale, ces deux phénomènes sont souvent associés. Les données montrent que, en 2008, 9 % des patients commençant un traitement ambulatoire et 13 % des patients suivant un traitement en milieu hospitalier étaient des sans-abri. Près de 40 % des patients commençant un traitement dans l'une des deux modalités de soin n'avaient pas achevé leurs études secondaires, tandis que 47 % des patients en traitement ambulatoire et 71 % des patients en traitement en milieu hospitalier étaient sans emploi ou économiquement inactifs ⁽²⁴⁾. Cette situation n'est pas près de changer compte tenu de la situation économique actuelle, où le chômage en hausse accentue la concurrence sur le marché du travail ⁽²⁵⁾.

Tous les pays déclarants mentionnent l'existence de programmes et de services de logement, d'éducation et d'emploi. Ceux-ci sont soit spécifiquement destinés aux consommateurs de drogue, soit ils répondent aux besoins des groupes socialement exclus en général. L'Irlande et la Suède discutent du «premier modèle de logement» pour les sans-abri présentant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Ce modèle est souvent associé à des services sociaux et de traitement intégrés au niveau des communautés et à une gestion personnalisée des cas. L'accès au logement n'est pas subordonné au fait d'être sobre et libéré de la drogue, comme c'est normalement le cas pour ce groupe à problèmes. L'approche du premier logement a donné des résultats positifs pour les sans-abri à travers diverses variables sanitaires et sociales, dont la consommation de substances (Pleace, 2008).

L'amélioration de l'employabilité et de l'accès à un travail rémunéré joue un rôle capital dans la réinsertion des usagers de drogue. Dans des pays comme l'Allemagne, l'Italie, l'Autriche, le Portugal et le Royaume-Uni, la priorité est de plus en plus donnée aux aspects liés à l'emploi du processus de guérison grâce à de nouvelles initiatives et à une augmentation des ressources financières.

Répression antidrogue et infractions liées à la drogue

La répression antidrogue constitue un volet important des politiques nationales et communautaires de lutte contre la drogue et englobe une large palette de mesures essentiellement mises en œuvre par la police et des institutions similaires (comme les douanes). Les données relatives aux activités répressives antidrogue sont souvent moins nombreuses et moins accessibles que les informations se rapportant à d'autres aspects de la

⁽²⁴⁾ Voir les tableaux TDI-12, TDI-13 et TDI-15 du bulletin statistique 2010.

⁽²⁵⁾ Voir l'encadré «Récession économique et phénomène de la drogue» au chapitre 1.

politique antidrogue. Une exception notable concerne les données sur les infractions liées à la drogue, qui sont examinées dans cette section. Sont également analysés ici les mesures répressives récemment adoptées pour lutter contre la production commerciale de cannabis et les nouveaux développements en matière de coopération internationale dans la lutte contre le trafic de drogue.

Répression antidrogue

En 2010, Europol a créé un «fichier d'analyse à des fins de travail sur le cannabis»⁽²⁶⁾. Ce projet comprend un volet sur la culture du cannabis, qui vise à développer les échanges de renseignements au sein de l'Union européenne sur la participation du crime organisé à la production de cannabis. Cette action fait suite aux rapports des autorités répressives nationales d'au moins sept pays, indiquant que des organisations criminelles étaient actives dans la culture de cannabis à des fins commerciales, une activité apparemment susceptible d'être très lucrative⁽²⁷⁾.

Il est malaisé d'estimer l'étendue de la culture illicite de cannabis en Europe, dans la mesure où très peu de données sont disponibles sur le nombre de cultivateurs et sur la taille de leurs plantations. Les études qualitatives et les données relatives aux saisies (voir le chapitre 3) donnent à penser que la production domestique pourrait avoir considérablement augmenté depuis les années 1990, en particulier en Europe de l'Ouest. Des études qualitatives font apparaître que les motivations des cultivateurs vont de la culture de quelques plants pour leur consommation personnelle à la production de plusieurs milliers de plants à des fins commerciales.

La Belgique, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont fait état d'une culture de cannabis à des fins commerciales, en particulier des grandes plantations d'intérieur, qui pose des problèmes de criminalité et de sécurité publique. Au Royaume-Uni, des organisations criminelles exploiteraient de jeunes immigrants clandestins originaires d'Asie. Par ailleurs, l'installation de plantations à des fins commerciales à l'intérieur de bâtiments nécessite souvent la transformation des lieux, ce qui peut constituer une atteinte à la propriété. Un autre risque pour la propriété et la sécurité concerne la consommation élevée d'électricité pour produire la lumière artificielle nécessaire à la culture de plants de cannabis en intérieur. Il a été rapporté que des méthodes dangereuses pour contourner les compteurs électriques — afin de ne pas payer la note ou d'éviter d'éveiller les soupçons — ou

des systèmes de câblage mal adaptés ont provoqué des incendies dans des plantations d'intérieur.

La culture du cannabis est couverte par les cadres juridiques existants de lutte contre la drogue et le crime organisé, mais certains pays européens ont récemment élaboré des stratégies spécifiques en la matière. La Belgique a fait de la lutte contre la culture illégale de cannabis une priorité dans son plan national de sécurité 2008-2012, tandis que les Pays-Bas et le Royaume-Uni ont élaboré des stratégies polyvalentes en vue de renforcer la détection et la destruction des cultures commerciales. Ces stratégies comprennent des mesures de sensibilisation du grand public et de certains secteurs clés (comme les fournisseurs d'électricité, les magasins de matériel) afin de les inciter à signaler les plantations de cannabis à la police. De plus, des partenariats sont conclus entre les autorités répressives et les fournisseurs d'électricité, les services du logement et associations de propriétaires, les compagnies d'assurance et d'autres parties prenantes à la lutte contre les plantations à caractère commercial. Des mesures sont également adoptées pour renforcer l'efficacité des forces de police. Aux Pays-Bas, par exemple, un «groupe spécial de lutte contre la culture organisée de cannabis» a vu le jour en juillet 2008 afin de coordonner les efforts de la police, des autorités locales, des magistrats et de l'administration fiscale. Les forces de police sont désormais équipées de matériel de détection généralement utilisé par l'armée, dont des caméras infrarouges pour l'imagerie thermique, et elles mènent des opérations d'envergure pour détruire les cultures et arrêter les suspects, comme l'opération Mazurka en Irlande du Nord, qui a abouti à 101 arrestations en 2008.

D'autres pays ont également signalé des mesures visant à lutter contre la culture du cannabis. Une opération majeure a ainsi été menée en 2008 en Irlande contre des plantations de cannabis à fins commerciales, alors qu'en Allemagne, la police judiciaire fédérale (*Bundeskriminalamt*) a mis sur pied une unité spéciale pour répertorier les infractions liées au cannabis dans le pays.

Infractions liées à la drogue

En Europe, les rapports préliminaires de contravention à la législation antidrogue, généralement établis par les services de police, sont les seules données de routine disponibles sur la criminalité liée à la drogue⁽²⁸⁾. Ces rapports font généralement état d'infractions liées à la consommation de drogue (consommation et possession pour usage personnel) ou à la fourniture de drogue (production, trafic et vente), bien que d'autres types

⁽²⁶⁾ Un fichier d'analyse à des fins de travail est, en fait, une base de données sécurisée contenant des informations fournies par les pays participants et soumise à des règles de confidentialité strictes. Il permet à Europol de soutenir l'action des autorités répressives nationales.

⁽²⁷⁾ Voir l'encadré «Recettes et bénéfices tirés de la culture illicite du cannabis» au chapitre 3.

⁽²⁸⁾ Pour une discussion des rapports entre drogue et criminalité et une définition d'une «infraction liée à la drogue», voir OEDT (2007a).

Développement des plates-formes interagences en Europe

Le concept des plates-formes interagences, à l'intérieur desquelles les autorités militaires et répressives de différents pays partagent des renseignements et coordonnent les saisies de drogue avant qu'elle n'arrive sur les marchés de consommation, est né aux États-Unis. La Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S), créée au Panama en 1994 et désormais basée à Key West (Floride), est un modèle de cette forme de coopération. La JIATF-S, une plate-forme dirigée par des militaires, coordonne les activités d'interdiction aérienne et maritime au sud des États-Unis que mènent les autorités militaires et répressives et les agences de renseignement américaines ainsi que les pays associés, comme l'Espagne, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

En Europe, deux plates-formes interagences, toutes deux dirigées par des autorités répressives, ont été récemment mises en place afin de coordonner les actions de lutte contre le trafic de drogue. Le Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics (MAOC-N) a vu le jour en 2007, dans le cadre de l'Union européenne, en vertu d'un traité conclu entre l'Irlande, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et le Royaume-Uni. Le MAOC-N est basé à Lisbonne et coordonne l'interdiction des cargaisons de drogue transatlantiques. La JIATF-S a été associée au projet MAOC-N dès le départ et est aujourd'hui un observateur au même titre que la Commission européenne, Europol, l'Allemagne, la Grèce, le Canada, le Maroc, l'ONUUDC et, dernièrement, le Cap-Vert. La seconde plate-forme interagences, baptisée «Centre de coordination de la lutte antidrogue en Méditerranée» (CECLAD-M), a été créée en 2008. Le CECLAD-M est une unité de la police française, qui réunit des représentants des autorités répressives et de la marine françaises, ainsi que des représentants de la Grèce, de l'Espagne, de l'Italie, de Chypre, du Portugal, du Royaume-Uni, du Maroc et du Sénégal. Le centre est basé à Toulon et peut proposer l'interception de navires et d'aéronefs suspects en Méditerranée.

Des plates-formes similaires pourraient être créées à l'avenir dans l'est du bassin méditerranéen et en mer Noire. La Commission européenne a récemment commandé une étude destinée à évaluer la faisabilité d'une plate-forme européenne d'échange de renseignements et de renforcement des capacités en Afrique de l'Ouest.

d'infractions puissent également être signalés (en rapport avec les précurseurs de drogues) dans certains pays.

Les données relatives aux infractions liées à la drogue peuvent être considérées comme des indicateurs directs de l'activité répressive, puisqu'elles font référence aux crimes sans victimes, qui ne sont généralement pas

signalés par les victimes potentielles. Ces données sont souvent considérées comme des indicateurs indirects de la consommation de drogue et du trafic de drogue, bien qu'elles n'incluent que les activités qui ont été portées à la connaissance des autorités répressives. En outre, elles peuvent également refléter des différences nationales en termes de législation, de priorités et de ressources. Par ailleurs, les systèmes nationaux d'information diffèrent en Europe, en particulier en ce qui concerne les méthodes d'enregistrement et de déclaration. De ce fait, il est difficile d'établir des comparaisons pertinentes entre les pays et il est préférable de comparer des tendances plutôt que des chiffres absolus.

À partir des données fournies par 21 États membres représentant 85 % de la population de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, un indice européen fait apparaître que le nombre d'infractions signalées à la législation antidrogue a augmenté d'environ 35 % entre 2003 et 2008. Si l'on tient compte de tous les pays déclarants, les données révèlent une tendance à la hausse dans 15 pays et une stabilisation ou un recul global dans neuf pays au cours de la période considérée ⁽²⁹⁾.

Infractions liées à la consommation et à l'offre de drogues

L'équilibre entre les infractions liées à la consommation et celles liées à l'offre a peu évolué par rapport aux années précédentes. En 2008, dans la plupart des pays européens (23), la majorité des infractions liées à la drogue concernaient l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel, l'Estonie, l'Espagne, la France, l'Autriche, la Slovénie et la Suède déclarant les chiffres les plus élevés (entre 81 et 92 %). Les infractions liées à l'offre sont toutefois prédominantes en République tchèque (87 %) ⁽³⁰⁾.

Entre 2003 et 2008, le nombre d'infractions à la législation antidrogue liées à la consommation a augmenté dans 19 pays déclarants, avec une baisse enregistrée uniquement en Bulgarie, en Allemagne, en Grèce, en Autriche et en Slovénie pour la période considérée. Globalement, le nombre d'infractions liées à la consommation dans l'Union européenne a grimpé d'environ 37 % entre 2003 et 2008 (graphique 2).

Les infractions liées à l'offre de drogues se sont, elles aussi, multipliées au cours de la période 2003-2008, mais bien moins rapidement, avec une hausse d'environ 10 % dans l'Union européenne. Au cours de cette période, le nombre d'infractions liées à l'offre a connu une augmentation dans 17 pays et une baisse globale dans huit pays ⁽³¹⁾.

⁽²⁹⁾ Voir le graphique DLO-1 et le tableau DLO-1 du bulletin statistique 2010.

⁽³⁰⁾ Voir le tableau DLO-2 du bulletin statistique 2010.

⁽³¹⁾ Voir le graphique DLO-1 et le tableau DLO-5 du bulletin statistique 2010.

Tendances par drogue

Le cannabis reste la drogue illicite la plus souvent mentionnée dans les infractions liées à la drogue déclarées en Europe ⁽³²⁾. Dans la majorité des pays européens, les infractions liées au cannabis représentaient entre 50 et 75 % des cas signalés d'infractions à la législation antidrogue en 2008. Les infractions liées à d'autres drogues sont supérieures à celles liées au cannabis dans trois pays seulement: la République tchèque et la Lettonie, avec la méthamphétamine (57 et 33 %, respectivement) et la Lituanie, avec l'héroïne (26 %).

Entre 2003 et 2008, le nombre d'infractions liées au cannabis a augmenté dans 15 pays déclarants, ce qui s'est traduit par une hausse estimée à 29 % pour l'Union européenne (graphique 2). Des tendances à la baisse ont été constatées en Bulgarie, en République tchèque, en Allemagne, en Italie, en Autriche et en Slovénie ⁽³³⁾.

Au cours de la période comprise entre 2003 et 2008, les infractions liées à la cocaïne ont augmenté dans 17 pays européens, alors que la Bulgarie, l'Allemagne, l'Italie et l'Autriche ont observé une tendance à la baisse. Dans l'Union européenne, globalement, les infractions liées à la cocaïne ont progressé d'environ 45 % au cours de la même période, avec un tassement au cours de la dernière année ⁽³⁴⁾.

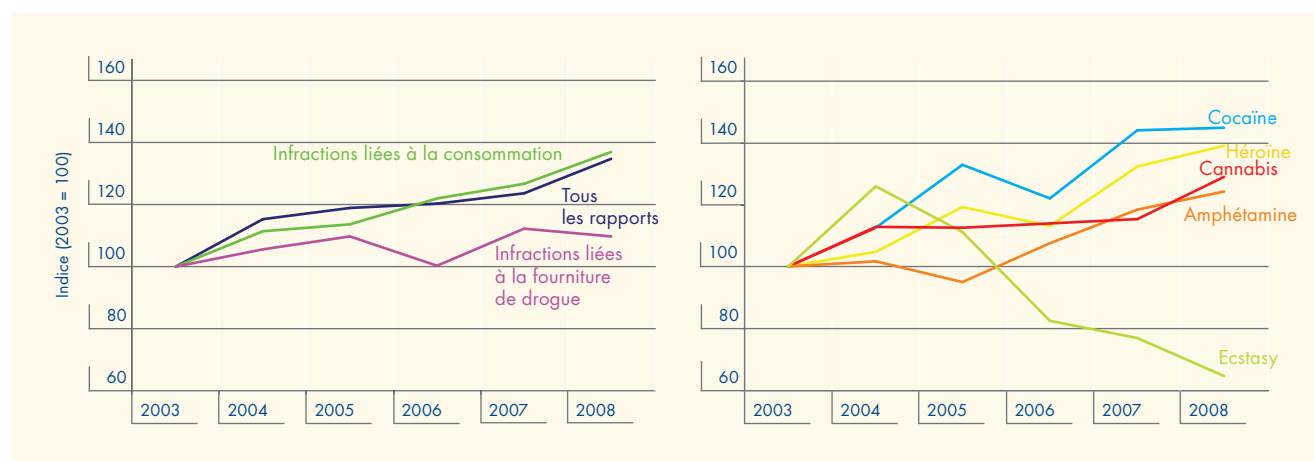
L'inversion de la tendance à la baisse en une tendance à la hausse des infractions liées à l'héroïne déclarées au cours de la dernière année se confirme, la moyenne européenne ayant augmenté de 39 % entre 2003 et 2008. Le nombre d'infractions liées à l'héroïne a enregistré un accroissement dans 16 pays déclarants, alors que la Bulgarie, l'Allemagne, l'Italie et l'Autriche ont constaté un recul au cours de la même période ⁽³⁵⁾.

Le nombre d'infractions liées aux amphétamines déclarées dans l'Union européenne continue d'afficher une tendance à la hausse avec une augmentation estimée de 24 % entre 2003 et 2008. Les infractions liées à l'ecstasy ont, en revanche, diminué d'environ 35 % sur la même période (graphique 2).

Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral

Pour un jour donné, plus de 600 000 personnes sont incarcérées dans l'Union européenne ⁽³⁶⁾, soit un taux moyen d'incarcération d'environ 120 détenus pour 100 000 habitants ⁽³⁷⁾. Les taux nationaux de population carcérale vont de 66 à 285 détenus pour 100 000 habitants, la plupart des États membres d'Europe centrale et orientale affichant des taux supérieurs à la

Graphique 2 — Tendances des rapports de signalement des infractions liées à la drogue par type d'infraction et par type de drogue dans les États membres de l'UE



NB: Les tendances représentent les informations disponibles sur le nombre national de rapports de signalement d'infractions liées à la drogue (passibles de poursuites pénales ou non) déclarés par l'ensemble des autorités répressives des États membres de l'UE; toutes les séries sont indicées en base 100 pour 2003 et pondérées par la taille de la population nationale pour dégager une tendance globale pour l'UE. Pour de plus amples informations, voir les graphiques DLO-1 et DLO-3 du bulletin statistique 2010.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽³²⁾ Voir le tableau DLO-3 du bulletin statistique 2010.

⁽³³⁾ Voir le tableau DLO-6 du bulletin statistique 2010.

⁽³⁴⁾ Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-8 du bulletin statistique 2010.

⁽³⁵⁾ Voir le tableau DLO-7 du bulletin statistique 2010.

⁽³⁶⁾ Des données sur les prisons en Europe peuvent être consultées sur le site du Conseil de l'Europe.

⁽³⁷⁾ Le terme «détenus» couvre à la fois les personnes en détention préventive et celles qui ont été condamnées.

moyenne. Toutefois, les chiffres nationaux et la moyenne européenne restent bien inférieurs aux taux enregistrés en Russie (609) et aux États-Unis (753) ⁽³⁸⁾.

Les détenus condamnés pour des infractions liées à la drogue représentent entre 10 et 30 % de la population carcérale dans la plupart des pays de l'UE. Un pourcentage non déterminé d'autres détenus est condamné pour des atteintes à la propriété qui visent à satisfaire leur toxicomanie ou d'autres délits liés à la drogue.

Consommation de drogue au sein de la population carcérale

On constate encore un manque de normalisation des définitions, des thématiques de recherche et des méthodologies utilisées dans les études sur la consommation de drogue au sein de la population carcérale (direction générale de la santé et des consommateurs, 2008; Vandam, 2009), bien que les études existantes montrent que la prévalence de la consommation de drogue continue d'être plus forte parmi les détenus qu'au sein de la population générale. Les données de plusieurs études menées depuis 2003 font apparaître des variations considérables de la prévalence de la consommation de drogue parmi les détenus. Ainsi, une consommation régulière de drogue au cours du mois précédant l'emprisonnement a été rapportée pour 3 % à peine des personnes interrogées dans certains pays et pour 77 % dans d'autres. Les études indiquent également que les formes les plus dommageables de toxicomanie pourraient être concentrées chez les détenus, avec entre 6 % et 38 % des personnes interrogées déclarant s'être déjà injecté de la drogue ⁽³⁹⁾.

Lors de l'admission en prison, la plupart des consommateurs réduisent ou cessent leur consommation de drogue, principalement en raison des difficultés liées à l'acquisition des substances. Néanmoins, le fait que des drogues illicites entrent dans la plupart des prisons en dépit de toutes les mesures prises pour réduire l'approvisionnement, est reconnu tant par les experts du milieu carcéral que par les décideurs politiques en Europe. Les études réalisées depuis 2003 estiment que la consommation de drogue en prison varie de 1 à 56 % des détenus. Dans une étude nationale menée au Portugal en 2007 ⁽⁴⁰⁾, 12 % des détenus ont reconnu avoir consommé régulièrement de la drogue au cours de leur dernier mois de détention. Au Luxembourg, une étude portant sur 246 détenus a révélé que 31 % d'entre eux s'étaient injecté de la drogue en prison, alors que des études menées dans trois autres pays ont fait

apparaître des taux de 10 % et plus ⁽⁴¹⁾. Les usagers de drogue par voie intraveineuse en détention semblent partager plus souvent leur matériel d'injection que ceux qui ne sont pas incarcérés. Cela soulève des inquiétudes quant à la propagation de maladies infectieuses au sein de la population carcérale.

La santé en milieu carcéral en Europe

Les prisonniers ont droit à la même prise en charge médicale que les personnes vivant dans la communauté, et les services de soins en prison devraient pouvoir assurer un traitement des problèmes liés à la consommation de drogue dans des conditions comparables à celles proposées à l'extérieur des prisons (CPT, 2006; OMS, 2007). Ce principe général d'équivalence est reconnu par l'Union européenne et consacré dans la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie ⁽⁴²⁾, et le nouveau plan d'action drogue de l'UE (2009-2010) appelle à sa mise en œuvre.

Les prisons et les services sanitaires et sociaux coopèrent de plus en plus en Europe. En témoignent le transfert de la responsabilité de la santé en milieu carcéral du ministère de la justice à celui de la santé en France, en Italie, en Suède, en Norvège, en Angleterre et au pays de Galles (la même chose est prévue en Écosse), l'intégration des services de santé basés dans les communautés à des équipes pluridisciplinaires dans les prisons au Luxembourg, au Portugal, en Slovénie et en Suède, et la prestation croissante par les structures communautaires d'aide aux toxicomanes de services dans les prisons, qui sont désormais en place dans la plupart des pays.

Les stratégies et les plans d'action nationaux de lutte contre la drogue incluent souvent des objectifs pour la prise en charge médicale en milieu carcéral, tels que l'amélioration de l'équivalence, de la qualité et de la continuité des soins et des traitements en prison. Certains pays ont élaboré des stratégies spécifiques pour le système carcéral. L'Espagne et le Luxembourg mettent en œuvre des politiques sanitaires en milieu carcéral depuis plus de dix ans et ont démontré leur efficacité. Plus récemment, la Belgique a nommé des coordinateurs de la politique antidrogue dans les prisons et une unité centrale a été créée, au sein de laquelle coopèrent du personnel pénitentiaire et des spécialistes de la drogue afin de proposer un traitement aux détenus dès leur libération. Une commission chargée de la drogue et de la toxicomanie a été mise sur pied dans le système carcéral

⁽³⁸⁾ Source: «World prison brief» pour les chiffres des États-Unis d'Amérique et de la Russie.

⁽³⁹⁾ Voir les tableaux DUP-2 et DUP-105 du bulletin statistique 2010.

⁽⁴⁰⁾ Voir le tableau DUP-3 du bulletin statistique 2010.

⁽⁴¹⁾ Voir le tableau DUP-4 du bulletin statistique 2010.

⁽⁴²⁾ JO L 165 du 3.7.2003, p. 31.

hongrois en 2008. Le plan d'action antidrogue 2007-2009 du système carcéral tchèque régit la mise en place de nouveaux services et inclut un volet de suivi et d'évaluation. Au Royaume-Uni, la stratégie antidrogue 2008-2011 du National Offender Management Service (NOMS, 2009) tend à proposer des mesures d'intervention rapide pour les jeunes et à gérer les délinquants présentant des problèmes de dépendance à la drogue afin de réduire les risques provoqués par la drogue et l'alcool.

Aide aux usagers de drogue en milieu carcéral

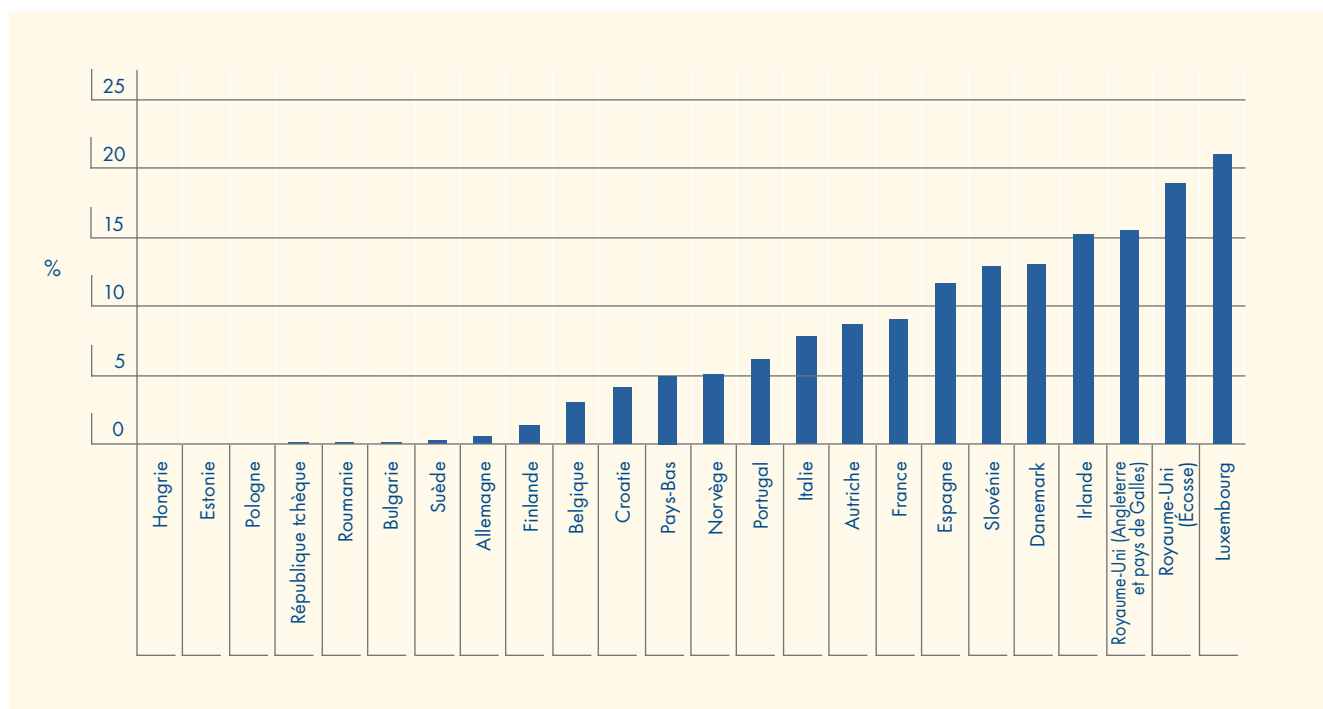
En Europe, les prisonniers ont accès à une variété de services en rapport avec la consommation de drogue et les problèmes qu'elle entraîne. Ces services comprennent des informations sur la drogue et la santé, des soins de santé pour les maladies infectieuses, le traitement de la dépendance à la drogue, des mesures de réduction des risques et la préparation à la sortie ⁽⁴³⁾.

Ces dernières années, plusieurs organisations internationales ont mis au point des informations et des orientations sur la gestion des maladies infectieuses en milieu carcéral. L'ONU DC, en collaboration avec l'OMS et l'Onusida, a publié une série de bulletins d'information destinés aux administrations pénitentiaires et à d'autres

décideurs. Ces brochures expliquent comment mettre en place une stratégie nationale efficace de prévention du VIH/sida en milieu carcéral (ONU DC, OMS et Onusida, 2006). Un autre document indique la manière de transmettre des informations sur les maladies infectieuses en dispensant des conseils et en procédant à des dépistages plus efficaces dans les prisons et d'améliorer la communication des résultats aux détenus (ONU DC, Onusida et OMS, 2010).

Un petit nombre de pays, dont la République tchèque, l'Espagne, le Luxembourg et le Royaume-Uni, ont défini un ensemble précis de domaines de la santé et de normes applicables aux prisons, et d'autres pays empruntent la même voie. Plusieurs pays indiquent qu'ils évaluent actuellement la disponibilité et la qualité des soins de santé destinés aux toxicomanes en milieu carcéral. Ainsi, en Irlande, une étude a constaté la nécessité de faire correspondre les capacités des services pharmaceutiques des prisons avec le développement de l'offre de traitements de substitution (Irish Prison Service, 2009), alors qu'en France, une nouvelle instance de contrôle (Contrôle général des lieux de privation de liberté) a constaté des lacunes dans les soins de santé en milieu carcéral et a identifié des risques d'infection. Les Pays-Bas ont adopté une nouvelle directive sur les soins de santé aux toxicomanes incarcérés, qui accorde une attention particulière aux

Graphique 3 — Proportion de la population carcérale suivant un traitement de substitution aux opiacés



NB: Les données sont présentées pour tous les pays dans lesquels un traitement de substitution est disponible en milieu carcéral, à l'exception de Malte. Les données concernent 2008, à l'exception de l'Autriche et de l'Écosse (2007), de la Belgique et des Pays-Bas (2009). Pour les notes et les sources, voir le tableau HSR-9 du bulletin statistique 2010.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽⁴³⁾ Voir le tableau HSR-7 du bulletin statistique 2010.

maladies infectieuses liées à la drogue ⁽⁴⁴⁾. La qualité des services carcéraux s'améliore dans plusieurs pays grâce à des investissements dans la formation. En Belgique, l'ensemble du personnel pénitentiaire a bénéficié d'une formation aux politiques de lutte contre l'alcool et la drogue en milieu carcéral. En Croatie, les médecins de prison ont suivi une formation sur les traitements de substitution et un projet mené par l'ONUDC a permis de former des médecins de prison, des travailleurs sociaux et des psychologues lettons à la prévention du VIH et à la prévention de la toxicomanie, ceux-ci ayant ensuite formé les détenus. En Finlande, de nouveaux programmes de traitement en milieu carcéral nécessitent l'agrément de l'agence chargée de l'application des peines.

À la suite du développement des traitements de substitution aux opiacés dans la communauté en général, de nombreux pays constatent une augmentation du nombre de patients suivant un traitement de ce type

en prison. Il est particulièrement important d'assurer le suivi des soins dans le cas d'un traitement de substitution en raison des taux élevés de décès par surdose à la sortie (OEDT, 2009a) et de réduire les risques que des délits soient commis pour financer la consommation de drogues illicites. En 2008, la poursuite des traitements de substitution aux opiacés a été autorisée en milieu carcéral en Bulgarie, en Estonie et en Roumanie. Toutefois, cette option de traitement n'est pas disponible en milieu carcéral en Grèce, à Chypre, en Lituanie, en Lettonie, en Slovaquie et en Turquie. Dans six États membres, on peut estimer que plus de 10 % des détenus reçoivent un traitement de substitution aux opiacés, alors que dans huit autres, le chiffre correspondant oscille entre 3 et 10 % (graphique 3). Dans la plupart des pays, la désintoxication est toujours le traitement «par défaut» des consommateurs d'opiacés entrant dans des centres de détention.

⁽⁴⁴⁾ Voir le portail des meilleures pratiques.



Chapitre 3 Cannabis

Introduction

Le cannabis est la drogue illicite la plus largement répandue en Europe, où elle est tout à la fois importée et produite. Dans la plupart des pays, la consommation de cannabis a augmenté durant les années 1990 et au début des années 2000, même s'il subsiste des différences importantes entre les pays. Par ailleurs, ces dernières années ont vu une prise de conscience croissante des implications pour la santé publique de la consommation étendue et de longue durée de cette drogue, ainsi qu'une hausse du nombre des demandes de traitement enregistrées pour des problèmes liés au cannabis. L'Europe entre aujourd'hui dans une nouvelle phase, puisque les données issues d'enquêtes sur la population générale et scolaire indiquent une stabilisation, voire une baisse de la consommation. Celle-ci reste toutefois élevée par rapport aux niveaux passés, et les éléments constitutifs d'une réponse efficace à la consommation de cannabis sont toujours une question clé du débat sur les drogues en Europe.

Offre et disponibilité

Production et trafic

Le cannabis peut être cultivé dans des environnements très divers et pousse à l'état sauvage dans de nombreuses régions du monde. On estime à 172 le nombre de pays et territoires où la plante est cultivée (ONU DC, 2009). Considérés dans leur globalité, ces faits signifient qu'il est difficile de fournir des estimations précises quant à la production mondiale de cannabis. L'ONU DC (2009) estime que la production mondiale d'herbe de cannabis en 2008 s'est établie entre 13 300 et 66 100 tonnes.

La culture du cannabis est répandue en Europe et semble en hausse. En 2008, les 29 pays déclarants ont fait état d'une culture de cannabis dans leur pays, bien que l'ampleur et la nature du phénomène semblent très variables. Une part importante du cannabis consommé en Europe pourrait toutefois résulter d'un trafic intrarégional.

Tableau 2 – Production, saisies, prix et puissance du cannabis végétal et de la résine de cannabis

	Résine de cannabis	Cannabis végétal
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	2 200-9 900	13 300-66 100
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	1 637	6 563
Quantité saisie (en tonnes)		
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	892 (900)	60 (92)
Nombre de saisies		
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Prix de vente moyen au détail (en EUR par gramme)		
Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽¹⁾	3-10 (6-9)	3-16 (5-9)
Puissance moyenne (teneur en THC – %)		
Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽¹⁾	3-16 (6-10)	1-10 (5-8)

⁽¹⁾ Intervalle contenant la moitié des prix moyens médians.

NB: Toutes les données se rapportent à 2008.

Sources: ONU DC (2009, 2010b) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

L'herbe de cannabis que l'on trouve en Europe est également importée, essentiellement d'Afrique (par exemple, Nigeria, Cap Vert, Afrique du Sud) et, dans une moindre mesure, d'Amérique, en particulier des îles Caraïbes, du Moyen-Orient (Liban) et d'Asie (Thaïlande). L'Albanie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Moldavie, le Monténégro et la Serbie sont également cités comme sources d'importation dans un rapport récent (OICS, 2010b).

La production mondiale de résine de cannabis était estimée en 2008 à une quantité comprise entre 2 200 et 9 900 tonnes (ONU DC, 2009), l'Afghanistan et le Maroc étant cités comme les principaux producteurs. Une étude récente suggère que l'Afghanistan pourrait désormais être le principal producteur de résine de cannabis, avec une production estimée entre 1 500 et 3 500 tonnes par an (ONU DC, 2010a). Les dernières estimations disponibles pour le Maroc indiquaient une production de résine de cannabis d'environ un millier de tonnes en 2005 (ONU DC et gouvernement du Maroc, 2007). Bien qu'une partie de la résine de cannabis produite en Afghanistan soit vendue en Europe, le Maroc reste probablement le premier fournisseur de cette drogue en Europe. La résine de cannabis produite au Maroc est généralement introduite clandestinement en Europe via la péninsule Ibérique et les Pays-Bas.

Saisies

En 2008, on estime à 6 563 tonnes d'herbe de cannabis et à 1 637 tonnes de résine de cannabis les volumes saisis à l'échelle mondiale (tableau 2), ce qui constitue une hausse d'environ 17 % par rapport à l'année précédente (ONU DC, 2010b). L'Amérique du Nord reste en tête en ce qui concerne les saisies d'herbe de cannabis (48 %), alors

que les saisies de résine restent concentrées en Europe occidentale et centrale (57 %).

En Europe, on estime à 289 000 le nombre de saisies de cannabis végétal effectuées en 2008 ⁽⁴⁵⁾, soit 92 tonnes. Le nombre de saisies a été multiplié par deux et demi entre 2003 et 2008. La quantité d'herbe de cannabis saisie est restée relativement stable depuis 2003, s'établissant à un peu plus de 90 tonnes, à l'exception de la période 2004-2005 où elle est tombée à quelque 65 tonnes ⁽⁴⁶⁾. Le Royaume-Uni a réalisé près de la moitié du nombre total de saisies, soit un minimum de 20 tonnes par an en 2005-2007. La Turquie (31 tonnes) et l'Allemagne (9 tonnes) ont enregistré des saisies records en 2008.

Les saisies de résine de cannabis en Europe dépassent celles du cannabis végétal, tant en nombre qu'en quantité ⁽⁴⁷⁾. En 2008, environ 369 000 saisies de résine de cannabis ont permis d'intercepter 900 tonnes de drogue, soit près de dix fois la quantité saisie de cannabis végétal. Entre 2003 et 2008, le nombre de saisies de résine de cannabis a augmenté de manière constante, alors que la quantité saisie, après une période de déclin, a repris sa progression à la hausse depuis 2006. En 2008, un peu plus de la moitié du nombre total de saisies de résine de cannabis et les trois quarts des quantités saisies sont à porter au crédit de l'Espagne, tandis que des quantités records de résine de cannabis ont été interceptées par la France (71 tonnes), le Portugal (61 tonnes) et l'Italie (34 tonnes).

Les saisies de plants de cannabis sont en augmentation depuis 2003, atteignant environ 19 000 cas en 2008. Les pays font état de la quantité saisie soit en termes de nombre de plants, soit à l'aide d'une estimation du poids. Le nombre de plants saisis est passé de 1,7 million en 2003 à 2,6 millions en 2007, avant de descendre à 1,2 million en 2008 ⁽⁴⁸⁾. Le poids des plants saisis a été multiplié par 4,5 au cours de cette période, pour atteindre 43 tonnes en 2008, dont 24 tonnes en Espagne et 15 en Bulgarie.

Puissance et prix

La puissance des produits à base de cannabis est fonction de leur teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), son principal élément actif. Elle varie fortement d'un pays et d'une région à l'autre, ainsi qu'entre produits. Les informations sur la puissance du cannabis sont essentiellement basées sur des analyses médico-légales du

Nouveau numéro de *Insights* sur la production et les marchés du cannabis en Europe

Un nouveau numéro de la publication *Insights* sur la production et les marchés du cannabis sera publié par l'OEDT en 2011. Ce rapport sera axé sur l'offre de produits à base de cannabis dans les pays européens et examinera les types de produits disponibles, leurs origines, leurs parts de marché respectives et d'autres aspects liés aux structures de distribution et de commercialisation. La culture du cannabis au sein de l'Union européenne, qui a gagné en visibilité ces dernières années, fera l'objet d'une attention toute particulière.

⁽⁴⁵⁾ Les données relatives aux saisies de drogue en Europe citées dans ce chapitre figurent dans les tableaux SZR-1 à SZR-6 du bulletin statistique 2010.

⁽⁴⁶⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire, étant donné que les informations concernant le Royaume-Uni ne sont pas encore disponibles pour 2008.

⁽⁴⁷⁾ En raison des différences de taille des cargaisons et des distances parcourues, ainsi que de la nécessité de franchir des frontières internationales, le risque de saisie de résine de cannabis pourrait être plus important que celui d'herbe de cannabis produite à l'intérieur même des pays.

⁽⁴⁸⁾ L'analyse ne tient pas compte des saisies déclarées par la Turquie, à savoir 31 millions de plants de cannabis en 2003 et 20 millions en 2004, puisque les données relatives aux quantités saisies ne sont pas disponibles pour les années suivantes.

cannabis saisi, sélectionné à partir d'échantillons. Il n'est pas aisé de déterminer dans quelle mesure les échantillons analysés reflètent l'ensemble du marché et il convient, pour cette raison, d'interpréter les données sur la puissance avec prudence.

En 2008, la teneur moyenne déclarée en THC de la résine de cannabis allait de 3 à 16 %. La puissance moyenne de l'herbe de cannabis (dans la mesure du possible, à l'exception de la sinsemilla, la forme d'herbe de cannabis la plus puissante) était comprise entre 1 et 10 %. La puissance moyenne de la sinsemilla n'a été fournie que par quelques pays. Elle était dans tous les cas supérieure à l'herbe de cannabis importé et allait de 12 % en Norvège à un peu plus de 16 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Au cours de la période 2003-2008, la puissance moyenne de la résine de cannabis variait dans les 11 pays ayant fourni des données suffisantes, tandis que la puissance de l'herbe de cannabis augmentait dans six pays déclarants et diminuait dans quatre autres. Les informations sur la puissance de l'herbe de cannabis produit à l'échelle locale sur plusieurs années ne sont disponibles que pour les Pays-Bas, où une baisse de la puissance moyenne du «nederwiet» a été observée: après un pic de 20 % en 2004, elle est tombée à 16 % en 2007 et 2008 ⁽⁴⁹⁾.

Le prix de vente moyen au détail de la résine de cannabis en 2008 oscillait entre 3 et 10 euros le gramme dans les 17 pays disposant d'informations à ce sujet, dont 12 ont fait état de prix compris entre 6 et 9 euros. Le prix moyen au détail de l'herbe de cannabis se situait entre 3 et 16 euros le gramme dans les 16 pays fournissant des informations, dont dix rapportaient des prix compris entre 5 et 9 euros. Pour la résine de cannabis, le prix moyen au détail est resté stable ou a diminué dans tous les pays disposant de données couvrant la période 2003-2008, à l'exception de la Belgique et de l'Autriche, où le prix a augmenté. Sur la même période, les données disponibles pour l'herbe de cannabis indiquent des prix stables ou en hausse en Europe, avec une tendance à la baisse uniquement en Hongrie et en Turquie.

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cannabis dans la population générale

Selon une estimation prudente, le cannabis a été consommé au moins une fois (prévalence au cours de la vie) par environ 75,5 millions d'Européens, soit plus d'un cinquième de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (voir le tableau 3 pour un résumé des données). Il existe des écarts considérables d'un pays à l'autre, avec des chiffres nationaux de prévalence oscillant entre 1,5 et

Recettes et bénéfices tirés de la culture illicite du cannabis

Selon les estimations de la police, les plants de cannabis saisis en 2008 auraient pu générer des ventes pour un montant de 70 millions d'euros en Belgique et de 76 millions d'euros au Royaume-Uni (NPIA, 2009) et des bénéfices de gros compris entre 36 et 61 millions d'euros en Allemagne. Les recettes totales générées par la production commerciale illicite de cannabis sont toutefois difficiles à estimer dans la mesure où les chiffres cités ne font référence qu'aux plants de cannabis saisis. Pour estimer les bénéfices, il convient également de tenir compte de plusieurs autres variables.

Les recettes provenant de la production illicite de cannabis à des fins commerciales dépendent de divers facteurs tels que la taille de la plantation, le nombre de plants, le rendement moyen par plant et le nombre de récoltes par an. Une densité élevée de plants et des récoltes fréquentes provoquent généralement une baisse du rendement de chaque plant. Les recettes générées sont également fonction du fait que la récolte est vendue sur le marché de gros ou de détail, puisque les prix sont généralement plus élevés sur les marchés de détail.

Les coûts associés à la production commerciale illicite de cannabis dans des plantations d'intérieur comprennent les locaux, les semences ou les plants, le sol ou la laine minérale, les nutriments, les lumières et les pompes, les outils et la ventilation, sans oublier la main-d'œuvre. L'électricité, lorsqu'elle n'est pas obtenue illégalement, est un élément majeur des coûts de production.

Pour calculer les recettes et les bénéfices découlant des plantations illicites de cannabis, les autorités répressives néerlandaises ont élaboré des normes techniques qu'elles mettent régulièrement à jour. De nouvelles méthodologies sont également en cours d'élaboration en Belgique et au Royaume-Uni.

38,6 %. La plupart des pays rapportent des estimations de la prévalence comprises entre 10 et 30 %.

On estime à 23 millions le nombre d'Européens ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, soit en moyenne 6,8 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Les estimations relatives à la prévalence au cours du dernier mois tiennent compte des personnes consommant du cannabis plus régulièrement, mais pas nécessairement chaque jour ou de manière intensive. On estime ainsi qu'environ 12,5 millions d'Européens ont consommé cette drogue au cours du dernier mois, soit une moyenne d'environ 3,7 % de la population âgée de 15 à 64 ans.

Consommation de cannabis chez les jeunes adultes

La consommation de cannabis est essentiellement le fait de jeunes adultes (15 à 34 ans), la prévalence la plus élevée

⁽⁴⁹⁾ Voir les tableaux PPP-1 et PPP-5 du bulletin statistique 2010 pour les données relatives à la puissance et au prix.

de la consommation au cours de la dernière année étant généralement observée chez les 15 à 24 ans. C'est le cas dans tous les pays déclarants, à l'exception du Portugal ⁽⁵⁰⁾.

Les données des enquêtes de population suggèrent qu'en moyenne 31,6 % des jeunes adultes européens (15 à 34 ans) ont un jour pris du cannabis, contre 12,6 % qui en ont consommé au cours des douze derniers mois et 6,9 % au cours des trente derniers jours. On estime qu'une part plus importante encore d'Européens âgés de 15 à 24 ans a consommé du cannabis au cours de l'année écoulée (16 %) ou du dernier mois (8,4 %). Les estimations nationales en matière de prévalence de la consommation de cannabis varient fortement d'un pays à l'autre, quel que soit le critère utilisé. Ainsi, les estimations relatives à la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation des jeunes adultes dans les pays du haut de l'échelle donnent des valeurs plus de 30 fois supérieures à celles des pays ayant la prévalence la plus basse.

La consommation de cannabis est généralement supérieure chez les hommes que chez les femmes. À titre d'exemple, le ratio hommes/femmes chez les jeunes adultes déclarant avoir pris du cannabis au cours des douze derniers mois va de 6,4 hommes pour une femme au Portugal à 1,4 homme pour une femme en Bulgarie ⁽⁵¹⁾.

La consommation de cannabis est particulièrement élevée dans certains groupes de jeunes, par exemple ceux qui fréquentent souvent des boîtes de nuit, des bars ou des événements musicaux (Hoare, 2009). Des enquêtes ciblées récemment menées dans des lieux de musique électro en République tchèque, en Autriche et au Royaume-Uni montrent que plus de 80 % des personnes interrogées ont un jour pris du cannabis, un pourcentage nettement supérieur à la moyenne européenne parmi les jeunes adultes (Measham et Moore, 2009).

Consommation de cannabis chez les élèves

L'enquête ESPAD réalisée tous les quatre ans fournit des données comparables sur la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Européens scolarisés âgés de 15 et 16 ans (Hibell e.a., 2009). En 2007, l'enquête a été menée dans vingt-cinq États membres de l'UE ainsi qu'en Norvège et en Croatie. En outre, en 2008, des enquêtes nationales en milieu scolaire ont été conduites en Espagne, en Italie, en Suède et au Royaume-Uni. La Communauté flamande de Belgique a mené une enquête scolaire régionale.

Les données de l'enquête ESPAD 2007 et des enquêtes nationales de 2008 révèlent que la prévalence au cours

de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans est la plus élevée en République tchèque (45 %), alors que l'Estonie, la France, les Pays-Bas, la Slovaquie et le Royaume-Uni rendent compte de niveaux de prévalence compris entre 26 et 32 %. Quinze pays observent des niveaux de prévalence de la consommation de cannabis compris entre 13 et 25 %. Les niveaux les plus bas (moins de 10 %) sont enregistrés en Grèce, à Chypre, en Roumanie, en Finlande, en Suède et en Norvège. En ce qui concerne la consommation de cannabis, l'écart entre les sexes est moins marqué chez les jeunes scolarisés que chez les jeunes adultes. Les ratios hommes/femmes de la consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés s'échelonnent entre 1/1 en Espagne et au Royaume-Uni et 2/1, voire plus, à Chypre, en Grèce, en Pologne et en Roumanie ⁽⁵²⁾.

Comparaisons internationales

Les chiffres européens peuvent être comparés à ceux d'autres régions du monde. Ainsi, au Canada (2008), la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes s'établit à 53,8 % et la prévalence au cours des douze derniers mois à 24,1 %. Aux États-Unis, l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé (SAMHSA, 2008) estimait à 49 % la prévalence de la consommation de cannabis (16-34 ans, recalculée par l'OEDT) et à 21,5 % la prévalence au cours des douze derniers mois, alors qu'en Australie (2007), les chiffres étaient de 47 % et 16 % pour les 14 à 39 ans. Tous ces chiffres sont supérieurs aux moyennes européennes correspondantes, qui se situent respectivement à 31,6 % et à 12,6 %.

En ce qui concerne les jeunes scolarisés, la République tchèque, l'Espagne, la France et la Slovaquie rapportent des niveaux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie comparables à ceux relevés aux États-Unis et en Australie ⁽⁵³⁾.

Tendances de la consommation de cannabis

Au cours de la période comprise entre 1998 et 2008, trois grandes tendances se dégagent en ce qui concerne la consommation de cannabis chez les adultes (graphique 4) pour les quinze pays qui ont été en mesure de fournir des données suffisantes. Cinq pays (Bulgarie, Grèce, Hongrie, Finlande et Suède) ont déclaré des taux de prévalence faibles (moins de 9 %) et relativement stables pour la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes. Six pays (Danemark, Allemagne,

⁽⁵⁰⁾ Voir le graphique GPS-1 du bulletin statistique 2010.

⁽⁵¹⁾ Voir le tableau GPS-4 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2010.

⁽⁵²⁾ Voir le tableau EYE-20 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2010.

⁽⁵³⁾ Voir le graphique EYE-1 (partie xii) du bulletin statistique 2010.

Tableau 3 – Prévalence de la consommation de cannabis dans la population générale – Résumé des données

Tranches d'âge	Périodes de consommation		
	Au cours de la vie	Dernière année	Dernier mois
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	75,5 millions	23 millions	12,5 millions
Moyenne européenne	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Plage de données	1,5-38,6 %	0,4-15,2 %	0,1-8,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (1,5 %) Malte (3,5 %) Chypre (6,6 %) Bulgarie (7,3 %)	Roumanie (0,4 %) Malte (0,8 %) Grèce (1,7 %) Suède (1,9 %)	Roumanie (0,1 %) Malte, Suède (0,5 %) Grèce, Pologne (0,9 %) Lituanie, Hongrie (1,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Danemark (38,6 %) République tchèque (34,2 %) Italie (32,0 %) Royaume-Uni (31,1 %)	République tchèque (15,2 %) Italie (14,3 %) Espagne (10,1 %) France (8,6 %)	République tchèque (8,5 %) Espagne (7,1 %) Italie (6,9 %) France (4,8 %)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	42 millions	17 millions	9,5 millions
Moyenne européenne	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Plage de données	2,9-53,3 %	0,9-28,2 %	0,3-16,7 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (2,9 %) Malte (4,8 %) Chypre (9,9 %) Grèce (10,8 %)	Roumanie (0,9 %) Malte (1,9 %) Grèce (3,2 %) Chypre (3,4 %)	Roumanie (0,3 %) Suède (1,0 %) Grèce (1,5 %) Pologne (1,9 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (53,3 %) Danemark (48,0 %) France (43,6 %) Royaume-Uni (40,5 %)	République tchèque (28,2 %) Italie (20,3 %) Espagne (18,8 %) France (16,7 %)	République tchèque (16,7 %) Espagne (13,4 %) Italie (9,9 %) France (9,8 %)
15-24 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	19,5 millions	10 millions	5,5 millions
Moyenne européenne	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Plage de données	3,7-58,6 %	1,5-37,3 %	0,5-22,4 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (3,7 %) Malte (4,9 %) Chypre (6,9 %) Grèce (9,0 %)	Roumanie (1,5 %) Grèce, Chypre (3,6 %) Suède (4,9 %) Portugal (6,6 %)	Roumanie (0,5 %) Grèce, Suède (1,2 %) Chypre (2,0 %) Pologne (2,5 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (58,6 %) France (42,0 %) Danemark (41,1 %) Allemagne (39,0 %)	République tchèque (37,3 %) Espagne (24,1 %) Italie (22,3 %) France (21,7 %)	République tchèque (22,4 %) Espagne (16,9 %) France (12,7 %) Italie (11,0 %)

Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008-2009 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc pas renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne pour l'Europe a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions), 15-34 ans (133 millions) et 15-24 ans (63 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes sur la population générale du bulletin statistique 2010.

Espagne, France, Pays-Bas, Royaume-Uni) ont fait état de niveaux de prévalence plus élevés, mais stables, voire à la baisse ces dernières années. Quatre autres pays (République tchèque, Estonie, Italie et Slovaquie) ont eux aussi déclaré des niveaux plus élevés de consommation

de cannabis chez les jeunes adultes, mais avec des tendances à la hausse ces dernières années.

Lorsque l'on analyse les tendances plus récentes de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes, sur les douze pays ayant mené des enquêtes répétées entre 2003

et 2008, la majorité rend compte d'une situation stable (Danemark, Allemagne, Espagne, Hongrie, Suède, Finlande, Royaume-Uni). Cinq pays signalent une augmentation de la consommation de cannabis au cours de la période considérée, d'au moins 2 % en Bulgarie, en Estonie et en Slovaquie et d'environ 8 % en République tchèque et en Italie.

Des schémas similaires se retrouvent dans toute l'Europe pour les tendances dans le temps de la consommation de cannabis chez les élèves entre 1995 et 2007 (OEDT, 2009a). Sept pays, pour la plupart situés dans le nord ou le sud de l'Europe (Grèce, Chypre, Malte, Roumanie, Finlande, Suède, Norvège), font état de niveaux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie globalement stables et faibles pour l'ensemble de la période. La plupart des pays d'Europe occidentale, ainsi que la Croatie et la Slovénie, dont la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie était élevée ou en forte augmentation jusqu'en 2003, ont enregistré une diminution ou une stabilisation en 2007. Sur ces onze pays, neuf observent une baisse et deux une stabilisation. Le tableau est différent dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, où la tendance à la hausse enregistrée entre 1995 et 2003 semble se tasser. Dans cette région, six pays rapportent une stabilisation de la situation et deux une hausse entre 2003 et 2007.

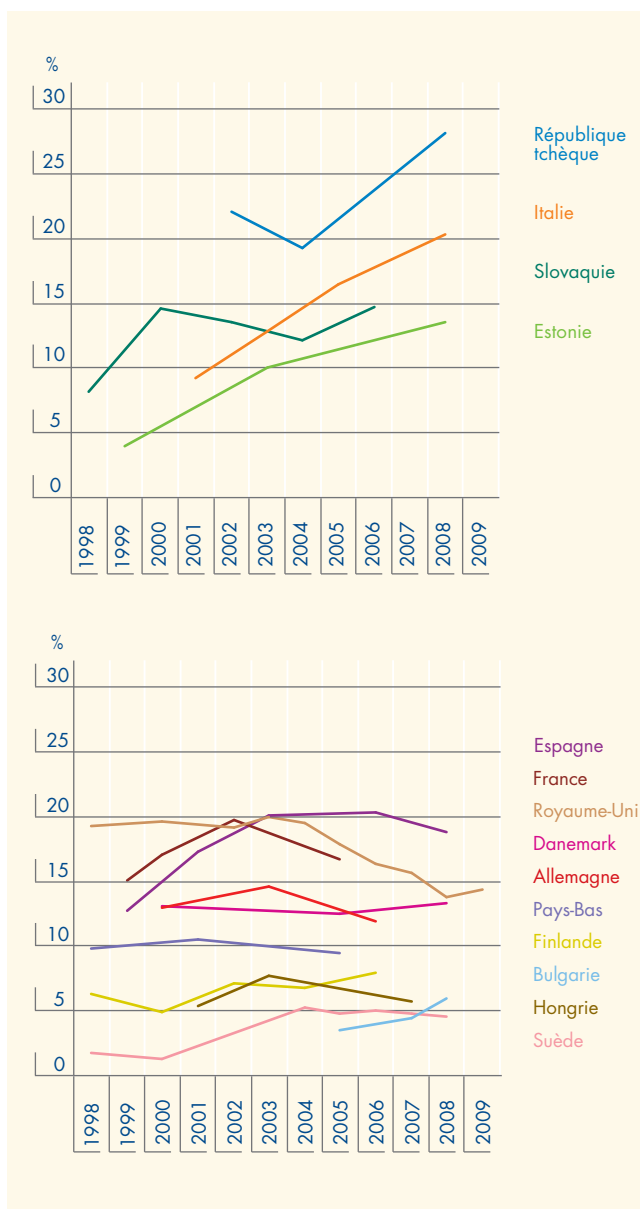
Trois pays ayant mené des enquêtes en milieu scolaire en 2008 (Belgique-Communauté flamande, Suède et Royaume-Uni) font état d'un taux de prévalence de la consommation de cannabis stable ou inférieur à celui déclaré en 2007, tandis que l'Espagne enregistre une baisse de plus de trois points de pourcentage. Les données des enquêtes scolaires réalisées aux États-Unis et en Australie s'orientent également à la baisse, une tendance qui a été observée pour la première fois en Australie en 1999 ⁽⁵⁴⁾.

Modes de consommation du cannabis

Les données disponibles indiquent des modes de consommation variés du cannabis, allant d'une consommation expérimentale à une dépendance. De nombreux individus ne prennent du cannabis qu'une ou deux fois, tandis que d'autres en consomment occasionnellement ou pendant une courte période. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, 30 % l'ont fait au cours de l'année écoulée ⁽⁵⁵⁾. Parmi les personnes qui ont consommé cette substance au cours des douze derniers mois, en moyenne, la moitié l'a fait au cours dernier mois.

Les données provenant d'un échantillon de treize pays européens représentant 77 % de la population adulte

Graphique 4 — Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (15-34 ans)



NB: Voir le graphique GPS-4 du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2009), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

de l'Union européenne et de Norvège montrent que sur les 12,5 millions d'Européens environ qui ont consommé du cannabis au cours du dernier mois, près de 40 % pourraient avoir consommé cette substance pendant 1 à 3 jours au cours de ce mois, environ un tiers pendant 4 à 19 jours et un quart pendant 20 jours et plus. Sur la base de ces données, on peut estimer que plus de 1 % des Européens adultes, soit quelque 4 millions de personnes,

⁽⁵⁴⁾ Voir le graphique EYE-1 (partie xii) du bulletin statistique 2010.

⁽⁵⁵⁾ Voir le graphique GPS-2 du bulletin statistique 2010.

prennent du cannabis tous les jours ou presque. La plupart de ces consommateurs de cannabis, soit quelque 3 millions de personnes, sont âgés de 15 à 34 ans, soit entre 2 et 2,5 % des Européens de cette tranche d'âge ⁽⁵⁶⁾. La prévalence de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis pourrait être quatre fois supérieure chez les hommes que chez les femmes.

Dix pays européens ayant fourni des données sur l'étude ESPAD chez les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans font état de pourcentages relativement élevés (5 à 12 %) d'élèves masculins ayant consommé du cannabis 40 fois

ou plus. Ce pourcentage était au moins le double de celui observé chez les filles. La plupart de ces pays ont également déclaré qu'entre 5 et 9 % des personnes interrogées avaient commencé à consommer du cannabis à l'âge de 13 ans, voire plus tôt. Ce groupe constitue une préoccupation, dans la mesure où une initiation précoce a été associée au développement de modes de consommation intensifs et problématiques à un stade ultérieur.

La dépendance au cannabis est de plus en plus reconnue comme l'une des conséquences possibles d'une consommation régulière de cette substance, même chez les jeunes usagers ⁽⁵⁷⁾. Toutefois, la gravité et les conséquences de la dépendance au cannabis peuvent sembler moins importantes que celles communément observées avec d'autres substances psychoactives (comme l'héroïne ou la cocaïne). Le développement d'une dépendance au cannabis pourrait aussi être plus progressif que celui observé pour certaines autres drogues (Wagner et Anthony, 2002). La moitié des consommateurs dépendants au cannabis qui cessent d'en consommer y parviennent sans traitement (Cunningham, 2000). Néanmoins, certains usagers de cannabis — en particulier, les gros consommateurs — peuvent rencontrer des difficultés sans nécessairement répondre aux critères cliniques de la dépendance ⁽⁵⁸⁾.

La consommation de cannabis a été associée à l'appartenance à un groupe vulnérable ou socialement défavorisé, tels que les jeunes qui abandonnent leurs études, les élèves qui font «l'école buissonnière», les enfants placés en institutions, les jeunes délinquants et les jeunes des quartiers économiquement défavorisés (OEDT, 2008c). Elle peut aussi être associée à la consommation d'autres substances. Ainsi, les jeunes adultes (15-34 ans) qui déclarent une consommation fréquente ou importante d'alcool au cours de l'année écoulée avaient une probabilité entre deux et six fois plus grande de déclarer une consommation de cannabis que la population générale. Bien que la plupart des consommateurs de cannabis ne prennent pas d'autres substances illicites, ils sont plus susceptibles de le faire que la population générale. Les adolescents qui consomment du cannabis mentionnent également une prévalence deux à trois fois supérieure de la consommation de tabac que la population générale des jeunes scolarisés de 15 et 16 ans.

Facteurs de risque de l'initiation et de la dépendance au cannabis

Des chercheurs ont tenté de découvrir pourquoi certains consommateurs de cannabis deviennent dépendants et d'autres pas. L'une de leurs observations est que les facteurs liés à l'initiation à la consommation de cannabis sont souvent différents de ceux qui induisent un usage problématique ou une dépendance au cannabis. Certains facteurs extérieurs (consommation de drogue par des pairs et disponibilité du cannabis) et d'autres liés à l'individu (par exemple, une attitude positive vis-à-vis d'une future consommation de drogue) sont spécifiquement associés à l'initiation à la consommation de cannabis (Von Sydow e.a., 2002). D'autres facteurs sont associés, à des degrés divers, à l'initiation au cannabis et à la dépendance à cette substance. Il s'agit notamment de facteurs génétiques (Agrawal et Lynskey, 2006), de facteurs individuels, tels que le sexe masculin, des troubles mentaux et la consommation d'autres substances (alcool, tabac et autres). Des facteurs familiaux, comme de mauvaises relations avec la mère et une croissance sans les deux parents, sont également associés à une initiation au cannabis, tandis que le divorce ou la séparation des parents et le décès d'un parent avant l'âge de 15 ans sont mis en rapport avec une dépendance au cannabis (Coffey e.a., 2003; Swift e.a., 2008; Von Sydow, 2002).

Parmi les facteurs spécifiquement liés à une progression vers la dépendance, on peut citer des modes de consommation intensive ou dangereuse de cannabis, une consommation de longue durée et une initiation précoce. Les individus qui ont expérimenté des effets positifs (par exemple bonheur, rire) lors de leur consommation précoce de cannabis (vers 14-16 ans) courent un risque accru de devenir dépendants au cannabis ultérieurement. De même sont associés à une progression vers la dépendance divers facteurs psychologiques et mentaux (faible estime de soi, faible contrôle de soi et manque de faculté d'adaptation) ainsi que des facteurs socio-économiques (statut socio-économique médiocre et mauvaise situation financière) (Coffey e.a., 2003; Fergusson e.a., 2003; Swift e.a., 2008; Von Sydow, 2002).

⁽⁵⁶⁾ Les moyennes européennes sont des estimations basées sur une moyenne pondérée (en proportion de la population) relative aux pays ayant fourni des informations. Le résultat moyen est imputé aux pays n'ayant communiqué aucune donnée. Les chiffres obtenus sont de 1,2 % pour tous les adultes (15-64 ans) et de 2,3 % pour les jeunes adultes (15-34 ans). Voir le tableau GPS-10 du bulletin statistique 2010.

⁽⁵⁷⁾ Voir l'encadré «Facteurs de risque de l'initiation et de la dépendance au cannabis».

⁽⁵⁸⁾ Voir l'encadré «Effets néfastes de la consommation de cannabis sur la santé», p. 54.

Certains consommateurs de cannabis adoptent des modes de consommation plus risqués, comme la consommation de cannabis à très haute teneur en THC ou en grandes quantités et l'inhalation par une pipe à eau («bong») plutôt qu'en fumant un «joint». Ces consommateurs rapportent généralement plus de problèmes de santé, dont la dépendance (Chabrol e.a., 2003; Swift e.a., 1998).

Traitement

Demandes de traitement

En 2008, le cannabis représentait la drogue primaire pour environ 21 % des admissions en traitement (85 000 patients environ) dans 27 pays, soit la deuxième drogue la plus citée après l'héroïne. Les consommateurs primaires de cannabis représentent moins de 5 % des patients admis en traitement en Bulgarie, en Estonie, en Lituanie, au Luxembourg et en Slovaquie et plus de 30 % au Danemark, en Allemagne, en France, en Hongrie et aux Pays-Bas, qui enregistrent les nombres les plus élevés de patients consommateurs de cannabis entamant des traitements ambulatoires ⁽⁵⁹⁾.

Ces différences peuvent s'expliquer par la prévalence de la consommation de cannabis et d'autres drogues, les besoins en matière de traitement de la toxicomanie, l'offre de traitement et l'organisation des soins ou les pratiques d'orientation. Dans l'un des deux pays enregistrant la plus forte proportion de patients traités pour dépendance au cannabis, les centres de consultation ciblent les jeunes toxicomanes (France), tandis que dans l'autre (Hongrie), les délinquants dépendant au cannabis se voient proposer un traitement en guise d'alternative à une sanction. Le système de justice pénale joue un rôle majeur dans le renvoi en traitement dans ces deux pays, mais, dans l'ensemble, les États membres indiquent que la plupart des consommateurs de cannabis qui entreprennent un traitement en Europe le font de leur propre chef. Certains consommateurs pourraient également entamer un traitement parce qu'ils souffrent d'autres troubles sous-jacents, comme des problèmes de santé mentale, et ne parviennent pas à trouver un traitement approprié ailleurs (Zachrisson e.a., 2006).

De nombreux patients dépendant au cannabis déclarent consommer de l'alcool et d'autres drogues. D'après des données collectées dans 14 pays, 65 % d'entre eux prennent une autre drogue, essentiellement de l'alcool ou de la cocaïne, et certains indiquent consommer à la fois

de l'alcool et de la cocaïne (OEDT, 2009d). Le cannabis est déclaré comme drogue secondaire par 24 % des patients suivant un traitement ambulatoire ⁽⁶⁰⁾.

Tendances des nouvelles demandes de traitement pour toxicomanie

Dans les dix-huit pays pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de toxicomanes mentionnant le cannabis comme drogue principale parmi ceux qui commencent un traitement pour la première fois est passé de 23 000 à 35 000 entre 2003 et 2007, avant de baisser légèrement jusqu'à 33 000 en 2008. Depuis 2005 et 2006, treize pays ont observé une diminution du nombre de nouveaux patients dépendant au cannabis ⁽⁶¹⁾. Cette baisse pourrait refléter les récentes tendances à la baisse de la consommation de cannabis, mais elle pourrait également être liée à une saturation de la capacité d'accueil des services ou au recours à d'autres services (par exemple, des soins de santé primaire et de santé mentale).

Profil des patients

Les patients entamant un traitement ambulatoire pour consommation primaire de cannabis en Europe sont essentiellement de jeunes hommes, avec un ratio de 5 hommes pour une femme et un âge moyen de 25 ans. Parmi les toxicomanes qui suivent un traitement ambulatoire pour la première fois, 69 % des 15-19 ans et 83 % des moins de 15 ans mentionnent le cannabis comme drogue primaire ⁽⁶²⁾.

Globalement, 22 % des consommateurs primaires de cannabis entamant un traitement ambulatoire sont des consommateurs occasionnels (ou n'ont pas consommé durant le mois précédant le début du traitement), probablement contraints de suivre un traitement par le système judiciaire; 11 % consomment du cannabis de façon hebdomadaire ou moins souvent; environ 17 % en consomment deux à six fois par semaine et 50 % en consomment quotidiennement et constituent le groupe le plus problématique. On observe des différences considérables entre les pays. En Hongrie, en Roumanie et en Croatie, plus de la moitié des patients traités pour une dépendance au cannabis sont des consommateurs occasionnels, tandis qu'en Belgique, en Bulgarie, au Danemark, en Irlande, en Espagne, en France, à Malte et aux Pays-Bas, la majorité des patients sont des consommateurs quotidiens ⁽⁶³⁾.

⁽⁵⁹⁾ Voir le graphique TDI-2 (partie ii) et les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-24 du bulletin statistique 2010.

⁽⁶⁰⁾ Voir le tableau TDI-22 (partie i) du bulletin statistique 2010.

⁽⁶¹⁾ Voir le graphique TDI-1 et le tableau TDI-3 (partie iv) du bulletin statistique 2010.

⁽⁶²⁾ Voir les tableaux TDI-10 (partie iii et partie iv) et TDI-21 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

⁽⁶³⁾ Voir les tableaux TDI-18 (partie ii) et TDI-111 (partie viii) du bulletin statistique 2010.

Effets néfastes de la consommation de cannabis sur la santé

Plusieurs études récentes se sont penchées sur les effets néfastes pour la santé de la consommation de cannabis (OEDT, 2008a; Hall et Degenhardt, 2009), qui comprennent des effets aigus tels que, notamment, l'anxiété, une réaction de panique et des symptômes psychotiques, souvent signalés par les personnes qui consomment du cannabis pour la première fois. Ces effets sont responsables d'un nombre important de demandes d'admission dans les services d'urgences liées à la drogue dans les rares pays qui recueillent ces données. La consommation de cannabis semble également multiplier par un facteur de deux à trois le risque d'implication dans un accident de la route (OEDT, 2008b).

La consommation de cannabis peut aussi produire des effets chroniques directement liés aux modes de consommation (fréquence et quantités). Parmi ces effets, on peut citer la dépendance au cannabis, mais aussi la bronchite chronique et d'autres maladies respiratoires. La consommation de cannabis pendant la grossesse pourrait réduire le poids à la naissance, mais ne semble pas être à l'origine de malformations. L'association de la consommation de cannabis avec la dépression et le suicide n'est toujours pas avérée.

L'impact du cannabis sur les performances cognitives et sa réversibilité ne sont pas connus. La consommation régulière de cannabis pendant l'adolescence pourrait affecter négativement la santé mentale des jeunes adultes, avec un risque accru avéré de symptômes et de troubles psychotiques augmentant avec la fréquence de consommation (Hall et Degenhardt, 2009; Moore e.a., 2007).

Alors que le risque individuel lié à la consommation de cannabis est moins élevé que pour l'héroïne ou la cocaïne, des problèmes de santé existent et, en raison de la prévalence élevée de la consommation, l'impact du cannabis sur la santé publique peut être significatif. Une attention particulière devrait être accordée à la consommation de cannabis par les adolescents et les personnes souffrant de troubles mentaux. La consommation fréquente de cannabis et sa consommation durant de longues périodes, au volant ou durant d'autres activités potentiellement dangereuses, sont autant de sources de préoccupation.

Offre de traitement

Le traitement de la dépendance au cannabis en Europe englobe un large éventail de mesures, allant d'un traitement proposé en ligne, des conseils, des interventions psychosociales structurées à un traitement en milieu hospitalier. Dans ce domaine, on observe souvent des chevauchements entre la prévention sélective, la réduction des risques et les mesures de traitement (voir le chapitre 2).

En France, un réseau de consultations spécifiques pour les jeunes, aussi appelées «cliniques du cannabis»,

propose aux consommateurs des services de durée variable et dont l'approche dépend de l'importance de la consommation de drogue. Dans une étude menée auprès de 226 des 274 consultations en 2007, 47 % des patients traités en ambulatoire ont été diagnostiqués comme des usagers occasionnels ne présentant pas de symptômes de dépendance ou d'abus et 30 % environ de ceux-ci n'ont pas reçu de conseils supplémentaires (Obradovic, 2009). En revanche, sur les 53 % diagnostiqués comme ayant une dépendance ou une consommation abusive lors de l'admission, près de 80 % ont bénéficié d'une aide supplémentaire et la plupart ont été envoyés vers des centres de traitement de la dépendance. La moitié des patients s'étant présentés à une deuxième consultation ont déclaré avoir réduit leur consommation de cannabis. C'était plus souvent le cas des consommateurs venus de leur propre initiative à la consultation et de ceux envoyés par des professionnels de la santé, alors que les consommateurs envoyés par le système judiciaire étaient plus susceptibles d'abandonner après quelques séances.

En guise d'alternative aux poursuites pénales, le système judiciaire hongrois renvoie les délinquants toxicomanes qui remplissent les critères vers un «service de consultation préventive» et les cas les plus graves vers des centres de traitement spécialisés. Les consommateurs contraints par le système judiciaire, soit environ 85 % des patients dépendant au cannabis, doivent suivre un traitement ou une consultation psychosociale au moins une fois tous les quinze jours pendant six mois pour obtenir un certificat de dispense. À défaut, ils sont passibles de poursuites pénales.

L'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni proposent un traitement de la dépendance au cannabis sur l'internet afin de faciliter l'accès au traitement pour les utilisateurs qui sont réticents à s'adresser à un centre de traitement spécialisé. Les traitements en ligne couvrent soit un programme d'autoassistance sans contact avec des conseillers, soit un programme structuré avec des rendez-vous programmés (voir OEDT, 2009b). Un label de qualité et des lignes directrices sont en cours d'élaboration aux Pays-Bas.

Les Pays-Bas mentionnent également l'évaluation d'une nouvelle action de motivation familiale pour les consommateurs de cannabis présentant depuis peu des signes de schizophrénie. Cette action vise à réduire la consommation de cannabis, à renforcer la prise des médicaments et à améliorer les relations parent-enfant au sein de ce groupe. Des résultats préliminaires après trois mois montrent une réduction significative de la consommation de cannabis par rapport à la

psychopédagogie habituelle, mais les autres variables de résultats n'ont pas changé.

Études récentes sur le traitement des consommateurs de cannabis

Des études relativement peu nombreuses ont évalué l'efficacité des interventions ciblées destinées aux consommateurs de cannabis (Levin et Kleber, 2008), en dépit de l'augmentation du nombre de demandes de traitement. Une recherche a été menée sur les mesures pharmacothérapeutiques et psychosociales, mais les résultats ne sont pas concluants.

Un essai contrôlé randomisé publié récemment a évalué les entretiens de motivation par rapport à l'information et au conseil sur la drogue et n'a pas constaté de différences significatives dans la consommation de cannabis (McCambridge e.a., 2008). Il a également conclu que le médecin généraliste peut influencer le pourcentage d'arrêt de la consommation de cannabis, limitant ainsi la

transférabilité des interventions. Des études européennes dans ce domaine évaluent l'efficacité de la thérapie familiale multidimensionnelle (Incant), la remotivation, la thérapie cognitive et comportementale et la résolution des problèmes psychosociaux (Candis) ainsi que le traitement en ligne.

Deux études ont été publiées récemment sur la pharmacothérapie de la dépendance au cannabis, mais aucune des deux n'a donné de résultats significatifs. Aux Pays-Bas, un essai contrôlé randomisé a comparé les effets d'un inhibiteur de la capture de la sérotonine (olanzapine) et d'un antagoniste de la dopamine (rispéridone) sur des patients atteints de comorbidité psychotique (van Nimwegen e.a., 2008). Aux États-Unis, une étude préliminaire a comparé les effets d'un antidépresseur (néfazodone), d'un inhibiteur de la capture de dopamine (bupropion à libération prolongée) et d'un placebo sur les symptômes de consommation et de manque chez les consommateurs de cannabis (Carpenter e.a., 2009).

La science au service du traitement de la toxicomanie

Les traitements de la toxicomanie ont souvent mis longtemps avant d'adopter dans leur pratique clinique des méthodes scientifiquement testées. L'offre limitée de traitement de substitution aux opiacés dans plusieurs pays européens et le recours rare à la gestion des contingences dans le traitement de la dépendance à la cocaïne illustrent ce fossé entre la science et la pratique. Les préférences personnelles pour des modèles de traitement particuliers, le manque de formation ou de financement, une diffusion inefficace des connaissances et un manque de volonté et de soutien de l'organisation envers de nouvelles pratiques sont quelques-unes des raisons avancées comme explications (Miller e.a., 2006).

Une conférence a été organisée récemment en Allemagne pour surmonter ces obstacles et étudier le transfert de projets de traitements expérimentaux de la dépendance au cannabis

ayant prouvé leur efficacité au niveau clinique (Kipke e.a., 2009). Les projets étudiés incluaient «Candis», «Quit the shit» et «FreD», qui ont été décrits dans des publications antérieures de l'OEDT. La conférence a conclu que les caractéristiques des projets ayant facilité leur transposition au niveau clinique étaient, entre autres, la compatibilité avec l'offre de traitement existante, des protocoles clairs et structurés, des séminaires destinés à des spécialistes et des plates-formes d'échange d'expériences. Les principaux obstacles identifiés étaient des problèmes de gestion de la coopération, par exemple avec des partenaires extérieurs (comme la police) et le manque de financement, une fois passé le stade expérimental.

Les aspects liés à la transférabilité devraient être intégrés dans la planification initiale des interventions expérimentales. L'adoption plus large d'interventions étayées par des preuves empiriques solides ou sur le long terme nécessite l'engagement de toutes les parties prenantes.



Chapitre 4

Amphétamines, ecstasy et substances hallucinogènes

Introduction

Les amphétamines (terme générique regroupant l'amphétamine et la méthamphétamine) et l'ecstasy comptent parmi les drogues illicites les plus répandues en Europe. En chiffres absolus, il est possible que la consommation de cocaïne soit supérieure, mais sa concentration géographique signifie que, dans la plupart des pays, l'ecstasy ou les amphétamines restent la deuxième substance illicite la plus courante après le cannabis. En outre, dans certains pays, la consommation d'amphétamines constitue une partie importante du phénomène de la drogue et est responsable d'une part considérable des demandes de traitement.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants du système nerveux central. De ces deux substances, l'amphétamine est de loin celle qu'il est le plus facile de se procurer en Europe, alors que la consommation de méthamphétamine semblait, jusqu'il y a peu, être limitée à la République tchèque et à la Slovaquie. Certains pays du nord de l'Europe rapportent une présence croissante de ces substances sur leurs marchés respectifs des amphétamines.

L'ecstasy est le nom générique de substances de synthèse chimiquement apparentées aux amphétamines, mais dont les effets sont dans une certaine mesure différents. La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est la 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les comprimés d'ecstasy (MDA, MDEA). L'ecstasy était pratiquement inconnue en Europe avant la fin des années 1980, mais sa consommation a connu une croissance spectaculaire au cours des années 1990. Historiquement, sa popularité est liée aux milieux de la *dance music* et, en général, sa prévalence est associée à certains sous-groupes culturels ou contextes sociaux, de plus en plus souvent en combinaison avec une forte consommation épisodique d'alcool.

La substance hallucinogène de synthèse de loin la plus connue en Europe est le diéthylamide d'acide lysergique (LSD), dont la consommation est faible et assez stable depuis longtemps. Ces dernières années, il semble y avoir un intérêt croissant des jeunes pour les substances hallucinogènes d'origine naturelle, telles que celles présentes dans les champignons hallucinogènes.

Tableau 4 – Production, saisies, prix et pureté de l'amphétamine, de la méthamphétamine, de l'ecstasy et du LSD

	Amphétamine	Méthamphétamine	Ecstasy	LSD
Estimation de la production mondiale (en tonnes) ⁽¹⁾	197-624 ⁽²⁾		57-136	n.d.
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	23,0	17,9	2,3	0,1
Quantité saisie UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	8,3 tonnes (8,4 tonnes)	300 kilogrammes (300 kilogrammes)	Comprimés 12,7 millions (13,7 millions)	Unités 141 100 (141 800)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Prix de vente moyen au détail (en EUR) Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽³⁾	Gramme 6-36 (9-19)	Gramme 12-126	Comprimé 2-19 (4-9)	Dose 4-30 (7-12)
Intervalle de pureté moyenne ou teneur en MDMA	3-34 %	22-80 %	17-95 mg	n.d.

⁽¹⁾ Les chiffres sur la production reposent sur les estimations de la consommation et les données sur les saisies.

⁽²⁾ Seules les estimations cumulées de la production totale d'amphétamine et de méthamphétamine sont disponibles.

⁽³⁾ Intervalle contenant la moitié des prix moyens médians.

NB: Toutes les données se rapportent à 2008; n.d. = données non disponibles.

Sources: ONUDC (2010b) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

Offre et disponibilité

Précurseurs de drogues de synthèse

Les efforts en termes de répression visent de plus en plus les précurseurs chimiques contrôlés nécessaires à la production de drogues illicites et, dans ce domaine, la coopération internationale est particulièrement précieuse. Le projet «Prism» est une initiative internationale mise sur pied pour prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse par le biais d'un système de déclarations préalables des exportations pour le commerce licite et la communication des cargaisons arrêtées et des saisies réalisées en cas de transactions suspectes. Les informations sur les activités menées dans ce domaine sont rapportées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS, 2009b).

L'OICS fait état de réductions des saisies mondiales de deux précurseurs essentiels de la méthamphétamine en 2008, à savoir l'éphédrine avec 12,6 tonnes (contre 22,7 tonnes en 2007 et 10,3 tonnes en 2006) et la pseudoéphédrine avec 5,1 tonnes (contre 25 tonnes en 2007 et 0,7 tonne en 2006). Les États membres de l'UE (principalement les Pays-Bas et le Royaume-Uni) ont intercepté 0,3 tonne d'éphédrine, soit environ la moitié de la quantité saisie l'année précédente, et plus de 0,5 tonne de pseudoéphédrine, presque exclusivement en France.

En revanche, dans le monde, les saisies de 1-phényl-2-propanone (P2P, BMK), qui peut être utilisé pour la fabrication illicite d'amphétamine et de méthamphétamine, ont augmenté brutalement de 934 litres en 2007 à 5 620 litres en 2008. Les saisies de P2P dans l'Union européenne se sont élevées à 2 757 litres en 2008, contre 773 litres l'année précédente.

En 2008, aucune saisie de 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK), servant à fabriquer la MDMA, n'a été déclarée, alors que 2 297 et 8 816 litres avaient été saisis dans le monde en 2007 et 2006, respectivement. Toutefois, les saisies mondiales de safrole, qui peut remplacer le 3,4-MDP2P dans la synthèse de la MDMA, ont chuté à 1 904 litres, après avoir atteint un pic de 45 986 litres en 2007. La plupart des saisies de safrole réalisées en 2008 l'ont été dans l'Union européenne.

Amphétamine

La production mondiale d'amphétamine reste concentrée en Europe, où l'on situe plus de 80 % de tous les laboratoires d'amphétamine signalés en 2008 (ONUDD, 2010b). À l'échelle mondiale, les saisies d'amphétamine sont restées relativement stables en 2008, avec quelque 23 tonnes (voir tableau 4), dont un tiers a été saisi en Europe centrale et orientale, reflétant le rôle de l'Europe en tant que grande productrice et consommatrice de cette drogue (ONUDD, 2010b).

Pour l'essentiel, l'amphétamine saisie en Europe est produite, par ordre d'importance, aux Pays-Bas, en Pologne et en Belgique et, dans une moindre mesure, en Estonie, en Lituanie et au Royaume-Uni. En 2007, 29 sites impliqués dans la production, le conditionnement ou le stockage d'amphétamine ont été découverts dans l'Union européenne et communiqués à Europol.

En 2008, quelque 37 500 saisies, soit un total de 8,3 tonnes d'amphétamine en poudre, ont été effectuées en Europe ⁽⁶⁴⁾. Ces cinq dernières années, le nombre de saisies d'amphétamine a fluctué selon une tendance stable, bien qu'elles soient restées élevées par rapport à 2003, et les quantités ont augmenté au cours de la période 2003-2008 ⁽⁶⁵⁾.

La pureté des échantillons d'amphétamine interceptés en Europe en 2008 varie considérablement, et tout commentaire sur les valeurs moyennes doit être fait avec la plus grande prudence. Néanmoins, la pureté moyenne des échantillons va de moins de 10 % au Danemark, en Autriche, au Portugal, en Slovénie, au Royaume-Uni, en Croatie et en Turquie, à plus de 25 % en Lettonie, aux Pays-Bas, en Pologne et en Norvège. Au cours des cinq dernières années, la pureté de l'amphétamine est restée stable ou a décliné dans la plupart des 17 pays pour lesquels les données disponibles sont suffisantes pour permettre une analyse des tendances ⁽⁶⁶⁾.

En 2008, les prix de vente moyens au détail de l'amphétamine oscillaient entre 9 et 20 euros le gramme dans plus de la moitié des 17 pays déclarants. Les prix de vente au détail de l'amphétamine sont restés stables ou ont baissé dans les 13 pays ayant fourni des données pour la période 2003-2008, à l'exception de l'Espagne où les prix ont chuté à un niveau record en 2008 après des augmentations les années précédentes ⁽⁶⁷⁾.

⁽⁶⁴⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire, car les données pour le Royaume-Uni ne sont pas encore disponibles pour 2008.

⁽⁶⁵⁾ Les données sur les saisies de drogue effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans les tableaux SZR-11 à SZR-18 du bulletin statistique 2010.

⁽⁶⁶⁾ Les données sur la pureté des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-8 du bulletin statistique 2010.

⁽⁶⁷⁾ Les données sur les prix des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-4 du bulletin statistique 2010.

La production d'amphétamine en Europe

En 2009, l'OEDT et Europol ont lancé une série de publications sur l'offre de substances illicites en Europe. Après des rapports sur la méthamphétamine et la cocaïne, le troisième rapport de la série, publié en 2010, présente un tour d'horizon exhaustif de la production et du trafic d'amphétamine et passe en revue les réponses apportées aux niveaux européen et international. De nouveaux rapports sur l'offre d'autres drogues en Europe, dont l'ecstasy et l'héroïne, viendront compléter la série dans les années à venir.

Le rapport est disponible en version papier et peut être téléchargé sur le site de l'OEDT en anglais uniquement.

Méthamphétamine

Le nombre de laboratoires déclarés de méthamphétamine dans le monde a progressé de 29 % en 2008. La poussée la plus forte a été enregistrée en Amérique du Nord, mais les laboratoires clandestins se sont aussi multipliés en Asie de l'Est et du Sud-Est. En outre, une activité accrue liée à la production de méthamphétamine a été observée en Amérique latine et en Océanie. En 2008, 17,9 tonnes de méthamphétamine ont été saisies, poursuivant une tendance stable depuis 2004. Pour l'essentiel, cette drogue a été saisie dans l'est et le sud-est asiatique (notamment en Chine), suivis par l'Amérique du Nord (ONUDD, 2010b).

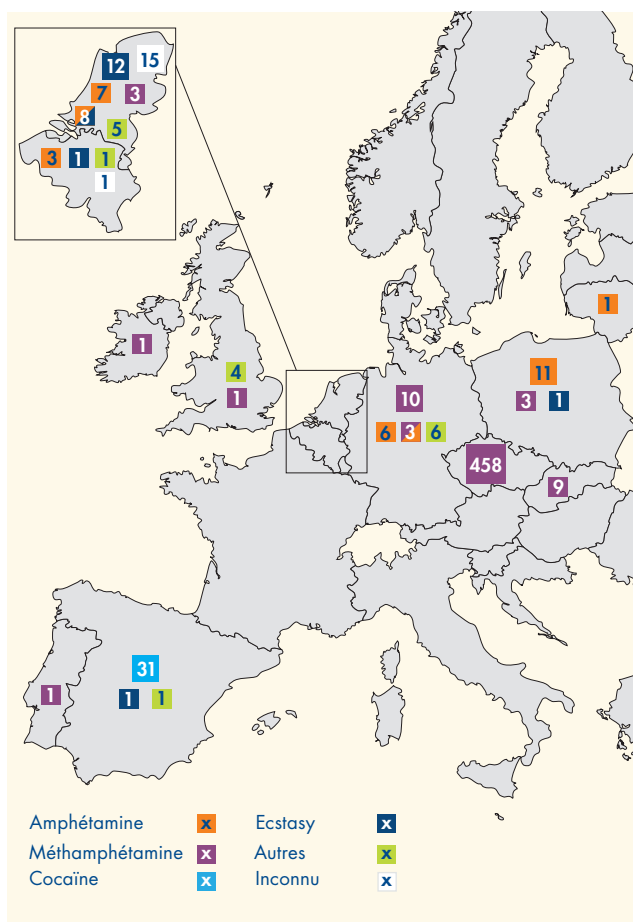
La production illicite de méthamphétamine en Europe reste dans une large mesure limitée à la République tchèque, où plus de 458 sites de production ont été recensés en 2008 (graphique 5). C'est le chiffre le plus élevé de «cuisines» de méthamphétamine jamais signalé par la République tchèque. Les saisies de précurseurs chimiques ont progressé en 2008. La production de cette drogue est également signalée en Lituanie, en Pologne et en Slovaquie.

En 2008, près de 4 700 saisies de méthamphétamine, soit environ 300 kg de drogue, ont été réalisées en Europe. Entre 2003 et 2008, le nombre de saisies a connu une croissance constante. Au cours de la même période, les quantités saisies ont atteint un niveau record en 2007 et légèrement baissé en 2008, notamment en raison d'une baisse des saisies réalisées en Norvège, qui arrive en tête des saisies en Europe pour cette drogue.

Ecstasy

La production mondiale d'ecstasy est estimée entre 57 et 136 tonnes en 2008 (ONUDD, 2010b). Elle semble être devenue plus diffuse sur le plan géographique, avec une fabrication plus proche des marchés de consommation

Graphique/carte 5 – Sites de production de drogues illicites démantelés dans l'Union européenne selon Europol



NB: Sur la base des données déclarées à Europol par 11 États membres de l'UE. Le type de drogue est représenté par une couleur, et le nombre d'installations déclarées dans le pays est indiqué. Les sites traitant des combinaisons d'amphétamine et de méthamphétamine ou d'amphétamine et d'ecstasy sont signalés par des symboles bicolores. Les sites utilisant d'autres drogues de synthèse ou des combinaisons sont mentionnés sous l'appellation «Autres». Sont également reprises les installations pour lesquelles les substances ne sont pas connues. Les installations déclarées incluaient les unités de production, de conditionnement et de stockage, qui ne sont pas distinguées dans le graphique. Tous les sites de production de cocaïne déclarés procédaient à la transformation ou à l'extraction secondaire de cette drogue.

Source: Europol.

en Asie du Sud et du Sud-Est, en Amérique du Nord et en Océanie. Malgré cela, l'Europe occidentale et centrale reste le principal centre de production d'ecstasy, celle-ci se concentrant essentiellement aux Pays-Bas et en Belgique.

À l'échelle mondiale, les saisies d'ecstasy ont fortement chuté en 2008 (2,3 tonnes) (ONUDD, 2010b). En Europe occidentale et centrale, les saisies déclarées ont reculé de 1,5 tonne en 2007 à 0,3 tonne en 2008.

Plus de 19 100 saisies ont été signalées en Europe en 2008, entraînant l'interception d'environ 13,7 millions de

comprimés. Il s'agit toutefois d'une évaluation préliminaire, dans la mesure où les données de 2008 n'étaient pas disponibles pour les Pays-Bas et le Royaume-Uni, qui ont déclaré ensemble 18,4 millions de comprimés saisis en 2007.

Après une stabilisation entre 2003 et 2006, le nombre de saisies d'ecstasy déclarées en Europe a légèrement diminué depuis, alors qu'entre 2003 et 2008, les quantités saisies ont baissé ⁽⁶⁸⁾.

En Europe, la plupart des comprimés d'ecstasy analysés en 2008 contenaient de la MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA), généralement la seule substance psychoactive présente. C'étaient le cas dans plus de 60 % des comprimés analysés dans dix-neuf pays. Sept pays font aujourd'hui état de proportions plus faibles de comprimés d'ecstasy contenant de la MDMA ou des substances analogues (Espagne, Chypre, Lettonie, Luxembourg, Slovaquie, Royaume-Uni, Croatie). Certains pays rapportent que de la mCPP, une drogue qui n'est pas contrôlée par les conventions internationales sur les stupéfiants, a été trouvée en quantités importantes dans les comprimés d'ecstasy analysés (voir le chapitre 8).

La teneur habituelle en MDMA des comprimés d'ecstasy testés en 2008 se situait entre 5 et 72 mg dans les onze pays fournissant des données. En outre, des comprimés d'ecstasy fortement dosés contenant plus de 130 mg de MDMA ont été signalés par plusieurs pays (Belgique, Bulgarie, Allemagne, Estonie, Lettonie, Pays-Bas, Slovaquie, Norvège). Aucune tendance ne se dessine clairement en ce qui concerne la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy.

Le prix de l'ecstasy a considérablement diminué par rapport aux années 1990, lorsque cette drogue a fait sa première apparition à grande échelle en Europe. Si certains rapports font état de comprimés vendus à moins de 2 euros, la plupart des pays communiquent des prix de vente moyens au détail compris entre 4 et 10 euros le comprimé. Les données disponibles pour la période 2003-2008 donnent à penser que le prix de vente au détail de l'ecstasy, corrigé de l'inflation, continue à baisser en Europe.

Substances hallucinogènes

La consommation et le trafic de LSD en Europe restent marginaux. Le nombre de saisies s'est légèrement accru entre 2003 et 2008, tandis que les quantités, après avoir atteint un pic en 2005 grâce aux saisies records

réalisées au Royaume-Uni, ont fluctué à des niveaux moindres au cours de cette période ⁽⁶⁹⁾. Les prix au détail du LSD (corrigés de l'inflation) sont restés stables ou ont légèrement baissé dans huit pays depuis 2003, tandis que la Belgique et la Suède enregistraient des hausses. En 2008, le prix moyen s'établissait entre 5 et 12 euros l'unité pour la majorité des treize pays déclarants.

Prévalence et modes de consommation

Certains États membres de l'UE (République tchèque, Estonie, Royaume-Uni) affichent des niveaux relativement élevés de consommation d'amphétamines ou d'ecstasy dans la population générale. Dans quelques pays, la consommation, souvent par injection, d'amphétamine ou de méthamphétamine représente une part substantielle du nombre global d'usagers à problèmes et des personnes demandant une aide pour sortir de leur dépendance à la drogue. À la différence des populations de consommateurs chroniques, les drogues de synthèse, et plus particulièrement l'ecstasy, sont plus généralement associées aux boîtes de nuit et aux manifestations de *dance music*. Il en résulte une consommation nettement plus importante chez les jeunes et extrêmement élevée dans certains milieux ou sous-populations spécifiques. Enfin, les niveaux de consommation globaux des drogues hallucinogènes comme le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et les champignons hallucinogènes sont généralement faibles et sont restés stables dans une large mesure ces dernières années.

Amphétamines

Selon les estimations de la prévalence de drogue, près de 12 millions d'Européens ont essayé des amphétamines et environ 2 millions ont consommé de la drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 5 pour un résumé des données).

Chez les jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie varie fortement d'un pays à l'autre, entre 0,1 et 15,4 %, avec une moyenne européenne pondérée de 5,2 %. La consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée dans cette tranche d'âge oscille entre 0,1 et 3,2 % et la majorité des pays déclarent des taux de prévalence de 0,5 à 2,0 %. On estime qu'environ 1,5 million (1,2 %) de jeunes Européens ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie est

⁽⁶⁸⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire dans la mesure où les données relatives aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ne sont pas encore disponibles pour 2008.

⁽⁶⁹⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire dans la mesure où les données relatives au Royaume-Uni ne sont pas encore disponibles pour 2008.

comprise entre 1 et 8 % dans les 26 États membres de l'UE, la Norvège et la Croatie, selon une enquête de 2007, alors que des taux de prévalence supérieurs à 5 % n'ont été enregistrés qu'en Bulgarie, en Lettonie (6 % dans ces deux pays) et en Autriche (8 %). Les cinq pays qui ont réalisé des enquêtes en milieu scolaire en 2008 (Belgique-Communauté flamande, Espagne, Italie, Suède, Royaume-Uni) ont fait état d'une prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie de 3 % ou moins ⁽⁷⁰⁾.

Usage problématique d'amphétamine

L'indicateur de l'OEDT sur l'usage problématique de drogues peut être utilisé pour les amphétamines, pour définir des paramètres tels que la consommation par injection ou régulière/de longue durée. La Finlande a fourni l'estimation nationale la plus récente des usagers

d'amphétamine à problèmes, dont le nombre était estimé entre 12 000 et 22 000 en 2005, soit environ quatre fois le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes dans ce pays.

Le nombre de toxicomanes entrés en traitement pour consommation d'amphétamine en tant que drogue primaire est relativement faible (moins de 5 %) dans la plupart des pays européens (18 sur les 27 pays déclarants), mais représente une part non négligeable des admissions en traitement déclarées en Suède (32 %), en Finlande (20 %) et en Lettonie (15 %). Cinq autres pays (Belgique, Danemark, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas) indiquent qu'entre 6 et 10 % des traitements concernent des patients mentionnant l'amphétamine comme drogue primaire; ailleurs, ce taux est inférieur à 5 %. L'amphétamine est également citée comme drogue secondaire par d'autres patients en traitement ⁽⁷¹⁾.

Tableau 5 – Prévalence de la consommation d'amphétamines dans la population générale – Résumé des données

Tranches d'âge	Périodes de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	12 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,7 %	0,6 %
Plage de données	0,0-12,3 %	0,0-1,7 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Malte (0,4 %) Chypre (0,8 %)	Roumanie, Malte, Grèce (0,0 %) France (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,3 %) Danemark (6,3 %) Suède (5,0 %) République tchèque (4,3 %)	République tchèque (1,7 %) Royaume-Uni, Danemark (1,2 %) Norvège, Estonie (1,1 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7 millions	1,5 million
Moyenne européenne	5,2 %	1,2 %
Plage de données	0,1-15,4 %	0,1-3,2 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Malte (0,7 %) Chypre (0,8 %)	Roumanie, Grèce (0,1 %) France (0,2 %) Chypre (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (15,4 %) Danemark (10,5 %) République tchèque (7,8 %) Lettonie (6,1 %)	République tchèque (3,2 %) Danemark (3,1 %) Estonie (2,5 %) Royaume-Uni (2,3 %)

Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008-2009 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc pas renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne pour l'Europe a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions), 15-34 ans (133 millions) et 15-24 ans (63 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes sur la population générale du bulletin statistique 2010.

⁽⁷⁰⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2010.

⁽⁷¹⁾ Voir les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-22 du bulletin statistique 2010.

Les consommateurs d'amphétamine entamant un traitement ont en moyenne 30 ans et les patients suivant un traitement en milieu hospitalier sont plus jeunes (28 ans). Le rapport hommes/femmes des patients dépendant à l'amphétamine est plus faible que pour toute autre drogue illicite, avec un rapport de 2/1. En République tchèque, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Suède et en Finlande, le nombre de consommateurs primaires d'amphétamine par injection est relativement élevé parmi les patients, avec des chiffres compris entre 57 et 82 % ⁽⁷²⁾.

Dans la plupart des pays, le nombre des consommateurs d'amphétamine entreprenant un traitement entre 2003 et 2008 est resté relativement stable ⁽⁷³⁾.

Usage problématique de méthamphétamine

Contrairement à d'autres régions du monde où la consommation de méthamphétamine a augmenté ces dernières années, en Europe, sa consommation reste limitée. Historiquement, la consommation de méthamphétamine était concentrée en République tchèque et en Slovaquie. En 2008, on estimait le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes entre 20 700 et 21 800 (2,8 à 2,9 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge des 15-64 ans), soit près de deux fois le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes. En Slovaquie, le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes était estimé entre 5 800 et 15 700 personnes en 2007 (1,5 à 4,0 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge 15-64 ans), soit environ 20 % de

moins que le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes. Récemment, la méthamphétamine a fait son apparition sur le marché de la drogue dans d'autres pays, notamment dans le nord de l'Europe (Norvège, Suède, Lettonie et, dans une moindre mesure, Finlande), où elle semble remplacer l'amphétamine, les consommateurs ne pouvant virtuellement pas les distinguer l'une de l'autre. En Europe, les usagers de méthamphétamine à problèmes s'injectent ou sniffent généralement leur drogue. Il est rare qu'ils la fument, à l'inverse de ce que l'on observe dans d'autres régions du monde.

Une large proportion des patients qui commencent un traitement en République tchèque (59 %) et en Slovaquie (29 %) citent la méthamphétamine comme drogue primaire. L'injection est le mode d'administration déclaré par 80 % des consommateurs de méthamphétamine en République tchèque et 36 % en Slovaquie ⁽⁷⁴⁾. La consommation d'autres drogues est fréquemment citée, essentiellement l'héroïne, le cannabis et l'alcool. Ces deux pays indiquent que la consommation de méthamphétamine en tant que drogue secondaire est courante, en particulier chez les personnes qui suivent un traitement de substitution.

Les consommateurs de méthamphétamine entamant un traitement en République tchèque et en Slovaquie sont relativement jeunes, 25 à 26 ans en moyenne. La République tchèque précise que le nombre de femmes commençant un traitement pour consommation primaire de méthamphétamine augmente, en particulier chez les plus jeunes. Entre 2003 et 2008, le nombre de patients entamant un traitement pour la première fois pour une dépendance à la méthamphétamine a augmenté dans les deux pays ⁽⁷⁵⁾.

Question particulière — Usage problématique d'amphétamine et de méthamphétamine, conséquences et réponses

Les amphétamines, et en particulier la méthamphétamine, ont, selon les rapports, posé des problèmes majeurs dans plusieurs régions du monde. En Europe, seuls quelques pays font état de risques significatifs posés par ces drogues et de nombres élevés de consommateurs d'amphétamine et de méthamphétamine à problèmes. Une nouvelle «question particulière» de l'OEDT se penche sur l'historique et sur les développements récents survenus dans ces pays. Le rapport couvre l'épidémiologie de la consommation essentiellement chronique ou intensive d'amphétamine et de méthamphétamine, ainsi que ses corollaires sur la santé et la société. Cette publication décrit également les réponses sanitaires, sociales et juridiques mises en place pour résoudre les problèmes associés à ces substances.

Cette «question particulière» est disponible en version papier et peut être téléchargée sur le site de l'OEDT en anglais uniquement.

Ecstasy

La consommation d'ecstasy est beaucoup plus répandue chez les jeunes adultes, les hommes déclarant une consommation largement supérieure à celle des femmes dans tous les pays, à l'exception de la Suède et de la Finlande. Sur les quelque 2,5 millions d'Européens adultes (0,8 %) qui ont consommé de l'ecstasy au cours de la dernière année, la quasi-totalité se situe dans la tranche d'âge 15-34 ans (voir le tableau 6 pour un résumé des données). Les chiffres de consommation d'ecstasy dans le groupe des 15-24 ans ne cessent d'augmenter, avec une prévalence au cours de la vie allant de moins de 1 % en Grèce et en Roumanie à 20,8 % en République tchèque, suivie par la Slovaquie et le Royaume-Uni (9,9 % pour ces deux pays) et la Lettonie (9,4 %), même si la plupart

⁽⁷²⁾ Voir les tableaux TDI-5 (partie iv) et TDI-37 du bulletin statistique 2010.

⁽⁷³⁾ Voir la Question particulière sur l'usage problématique d'amphétamine et de méthamphétamine pour une analyse complète.

⁽⁷⁴⁾ Voir le tableau TDI-5 (partie ii et partie iv) du bulletin statistique 2010.

⁽⁷⁵⁾ Voir le tableau TDI-3 du bulletin statistique 2010.

des pays estiment la prévalence entre 2,1 et 6,8 % ⁽⁷⁶⁾. La consommation d'ecstasy au cours de la dernière année dans cette classe d'âge est estimée entre 1,0 et 3,7 % dans la majorité des pays, bien qu'il existe un écart considérable entre l'estimation nationale la plus basse de 0,3 % et la plus haute de 11,3 %.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie est comprise entre 1 et 5 % dans la plupart des pays de l'UE étudiés en 2007. Quatre pays seulement affichent des taux de prévalence supérieurs: la Bulgarie, l'Estonie, la Slovaquie (6 % chacun) et la Lettonie (7 %). Les cinq pays ayant mené une enquête en milieu scolaire en 2008 (Belgique-Communauté flamande, Espagne, Italie, Suède, Royaume-Uni) font état d'une prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie de 4 % ou moins ⁽⁷⁷⁾.

Le nombre de consommateurs d'ecstasy entamant un traitement est peu élevé. En 2008, l'ecstasy est citée comme drogue primaire par moins de 1 % des patients dans 21 des 27 pays déclarants. Ailleurs, ce taux oscille entre 1 et 3 %. Avec une moyenne d'âge de 24 ans, les consommateurs d'ecstasy sont parmi les plus jeunes à entamer un traitement pour dépendance à la drogue. On recense 2 à 3 hommes pour une femme en traitement. Les patients traités pour dépendance à l'ecstasy déclarent souvent consommer d'autres substances en parallèle, dont de l'alcool, de la cocaïne et, dans une mesure moindre, du cannabis et des amphétamines ⁽⁷⁸⁾.

LSD et champignons hallucinogènes

La prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD chez les jeunes adultes (15-34 ans) est estimée entre 0 et 6,1 %, à l'exception de la République tchèque, où

Tableau 6 – Prévalence de la consommation d'ecstasy dans la population générale – Résumé des données

Tranches d'âge	Périodes de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	11 millions	2,5 millions
Moyenne européenne	3,7 %	0,8 %
Plage de données	0,3-9,6 %	0,1-3,7 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,3 %) Grèce (0,4 %) Malte (0,7 %) Pologne (1,2 %)	Roumanie, Suède (0,1 %) Malte, Grèce (0,2 %) Pologne (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (9,6 %) Royaume-Uni (8,6 %) Irlande (5,4 %) Lettonie (4,7 %)	République tchèque (3,7 %) Royaume-Uni (1,8 %) Slovaquie (1,6 %) Lettonie (1,5 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	8 millions	2,5 millions
Moyenne européenne	5,8 %	1,7 %
Plage de données	0,6-18,4 %	0,2-7,7 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie, Grèce (0,6 %) Malte (1,4 %) Pologne (2,1 %) Chypre (2,4 %)	Roumanie, Suède (0,2 %) Grèce (0,4 %) Pologne (0,7 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (18,4 %) Royaume-Uni (13,8 %) Irlande (9,0 %) Lettonie (8,5 %)	République tchèque (7,7 %) Royaume-Uni (3,9 %) Slovaquie, Lettonie, Pays-Bas (2,7 %)
Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008-2009 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc pas renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne pour l'Europe a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions), 15-34 ans (133 millions) et 15-24 ans (63 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes sur la population générale du bulletin statistique 2010.		

⁽⁷⁶⁾ Voir le tableau GPS-7 (partie iv) du bulletin statistique 2010.

⁽⁷⁷⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2010.

⁽⁷⁸⁾ Voir les tableaux TDI-5 et TDI-37 (partie i, partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2010.

une enquête de 2008 sur la drogue a mis en évidence une prévalence supérieure (10,3 %). Des taux de prévalence sensiblement plus bas sont enregistrés pour la consommation au cours des douze derniers mois ⁽⁷⁹⁾.

Dans les rares pays dont les données sont comparables, la consommation de LSD est souvent inférieure à celle des champignons hallucinogènes. Les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de champignons hallucinogènes chez les jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 14,1 % et la prévalence au cours des douze derniers mois va de 0,2 à 5,9 %.

Parmi les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans, les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes sont supérieures à celles du LSD et d'autres substances hallucinogènes dans dix des vingt-six pays fournissant des données sur ces substances. La plupart des pays rapportent des estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de champignons hallucinogènes comprises entre 1 et 4 %, la Slovaquie (5 %) et la République tchèque (7 %) déclarant des valeurs supérieures à cette fourchette ⁽⁸⁰⁾.

Tendances de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy

Les tendances à la stabilisation de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy en Europe, mentionnées dans les rapports précédents, sont confirmées par les données les plus récentes. Après une augmentation généralisée dans les années 1990, les enquêtes de population montrent désormais une stabilisation globale de la popularité des deux drogues, bien qu'une hausse ait été récemment observée dans quelques pays. Les tendances nationales relevées dans les enquêtes générales de population peuvent néanmoins ne pas refléter l'évolution de la consommation des stimulants au niveau local ou au sein de sous-populations spécifiques. Des enquêtes ciblées menées dans les lieux de vie nocturne donnent à penser que la prévalence et les modes de consommation de stimulants en combinaison avec de l'alcool restent importants et certaines études suggèrent que les modes de consommation de la drogue parmi les *clubbers* se polarisent de plus en plus par rapport à la population générale (Measham et Moore, 2009). En revanche, on a récemment observé que la consommation de substances dans les boîtes de nuit était en baisse en Allemagne.

Au Royaume-Uni, la consommation d'amphétamines au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) a chuté de 6,2 % en 1998 à 2,3 % en

2008-2009. Au Danemark, elle est passée de 0,5 % en 1994 à 3,1 % en 2000 et s'est stabilisée par la suite ⁽⁸¹⁾. Parmi les autres pays faisant état d'enquêtes répétées sur une période analogue (Allemagne, Grèce, Espagne, France, Pays-Bas, Slovaquie, Finlande), les tendances sont assez stables (graphique 6). Au cours de la période 2003-2008, sur les onze pays disposant de données suffisantes sur la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée chez les 15-34 ans, deux seulement rapportent un changement de plus d'un point de pourcentage (Bulgarie, de 0,9 % en 2005 à 2,1 % en 2008, et République tchèque, de 1,5 % en 2004 à 3,2 % en 2008).

Dans les pays qui enregistrent des niveaux de consommation d'ecstasy supérieurs à la moyenne, la consommation chez les 15-34 ans a généralement atteint un pic situé entre 3 et 5 % au début des années 2000 (Estonie, Espagne, Slovaquie, Royaume-Uni; voir le graphique 6). La République tchèque fait figure d'exception, puisque l'on estime que 7,7 % des 15-34 ans ont consommé de l'ecstasy au cours de la dernière année, avec une tendance à la hausse entre 2003 et 2008. Au cours de cette période, la plupart des autres pays ont déclaré une tendance à la stabilisation, exception faite de l'Estonie et de la Hongrie, où la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes a augmenté au début des années 2000 et s'oriente à la baisse depuis.

Dans huit pays (Danemark, France, Espagne, Irlande, Italie, Autriche, Portugal, Royaume-Uni), les enquêtes les plus récentes montrent que la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois dépasse désormais celle de l'amphétamine et de l'ecstasy chez les jeunes adultes.

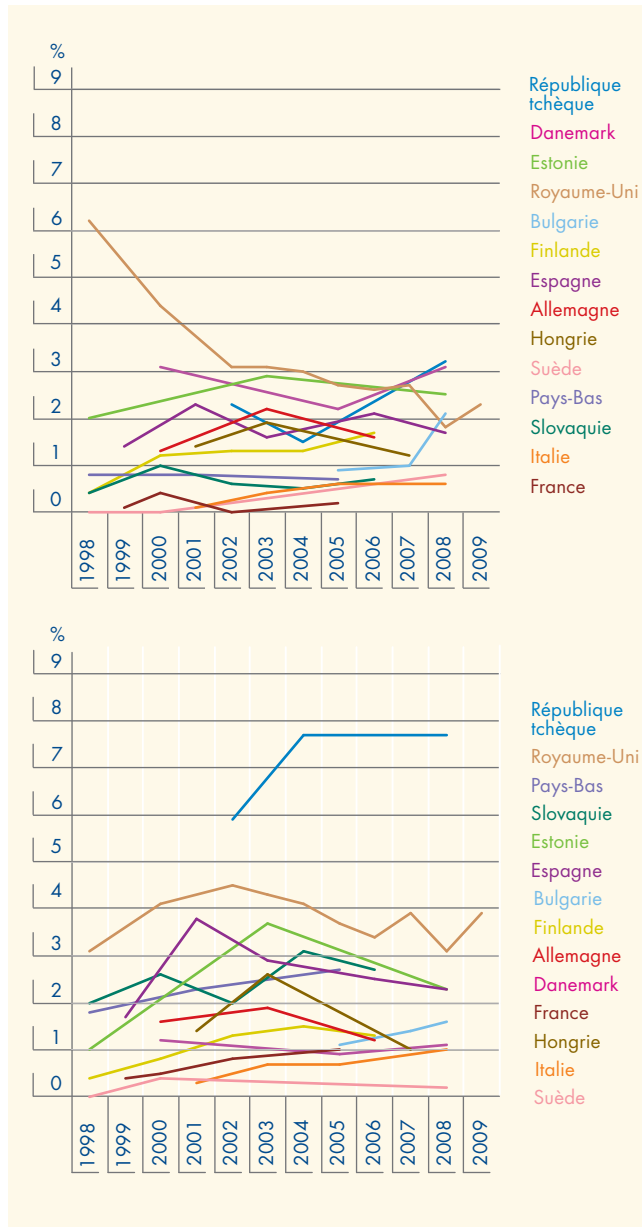
Les enquêtes en milieu scolaire effectuées en 2007 (ESPAD) et en 2008 font apparaître, dans l'ensemble, peu d'évolution des niveaux d'expérimentation des amphétamines et de l'ecstasy chez les élèves de 15 et 16 ans. La prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie a augmenté dans neuf pays si l'on considère les différences d'au moins deux points de pourcentage entre 2003 et 2007. En suivant la même approche, la consommation d'ecstasy a augmenté dans sept pays. Seules l'Estonie et l'Italie ont enregistré une baisse de la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie, alors que la République tchèque, le Portugal et la Croatie ont rapporté une baisse de la consommation d'ecstasy. Les autres pays affichent des chiffres stables.

⁽⁷⁹⁾ Voir le tableau GPS-1 du bulletin statistique 2010.

⁽⁸⁰⁾ Données de l'ESPAD pour tous les pays sauf l'Espagne. Voir le graphique EYE-2 (partie v) du bulletin statistique 2010.

⁽⁸¹⁾ Au Danemark, les informations relatives à 1994 font référence aux «drogues dures», une expression qui recouvrait essentiellement les amphétamines.

Graphique 6 — Tendances de la prévalence, au cours des douze derniers mois, de la consommation d'amphétamines (en haut) et d'ecstasy (en bas) chez les jeunes adultes (15-34 ans)



NB: Seules les données relatives aux pays ayant mené au moins trois enquêtes entre 1998 et 2009 sont présentées. Voir les graphiques GPS-8 et GPS-21 du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations.
Sources: Rapports nationaux Reitox, extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

Amphétamines et ecstasy dans les lieux récréatifs: consommation et interventions

Neuf pays ont fourni des données sur la prévalence de la consommation de stimulants issues d'études menées dans les lieux de vie nocturne en 2008. Des variations considérables sont observées entre les pays et les lieux. Ainsi, les estimations relatives à la prévalence au cours

de la vie fluctuent de 10 à 85 % pour l'ecstasy et de 5 à 69 % pour les amphétamines. Trois études mentionnent également des estimations de la prévalence au cours de la vie pour les champignons hallucinogènes, allant de 34 à 54 %. Six pays (Allemagne, France, Hongrie, Pays-Bas, Roumanie, Royaume-Uni) rapportent des différences de prévalence et de modes de consommation déclarées par les clients de discothèques passant différents genres de musique électro, la consommation d'ecstasy semblant plus régulièrement associée à certains genres de musique que d'autres. La consommation d'ecstasy est également plus courante que celle des amphétamines dans les lieux échantillonnés dans trois pays déclarants (République tchèque, Pays-Bas, Royaume-Uni). Ainsi, 9 % des *clubbers* d'Amsterdam déclarent avoir pris de l'ecstasy pendant la soirée de l'enquête et 42 % des *clubbers* de Manchester ont déclaré avoir pris ou avoir l'intention de prendre de l'ecstasy au cours de la soirée de l'enquête. Les chiffres correspondants pour les amphétamines étaient de 3,6 % (Amsterdam) et 8 % (Manchester).

Treize pays européens seulement ont récemment indiqué qu'ils avaient mené des actions dans les lieux festifs nocturnes. Les principales activités déclarées consistaient en la fourniture d'informations et la distribution de matériel de réduction des risques, mais peu de stratégies d'information s'attaquaient aux croyances normatives qui sous-tendent la culture récréative des jeunes. Des approches environnementales, telles que des lieux festifs sûrs, des systèmes de transport, de vente et de contrôle sûrs, des espaces de dégrisement (*chill-out*), des alcootests et des interventions de crise, sont mentionnées, seules ou en combinaison, par sept pays (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni). L'Espagne et l'Italie font aujourd'hui également état d'une coopération entre les différents acteurs de la vie nocturne, à savoir les municipalités, les forces de police et les propriétaires de restaurants et de discothèques.

Les risques associés à la consommation d'alcool dans les lieux de vie nocturne sont de plus en plus largement reconnus en Europe. Des stratégies environnementales axées sur l'alcool sont mises en place au Danemark, au Luxembourg, en Suède et au Royaume-Uni ainsi que dans certaines régions d'Espagne. Parmi les différentes interventions mises en œuvre dans ces pays, on peut citer la vente d'alcool responsable, la formation du personnel, des accises supérieures sur les alcopops, l'âge minimal de 16 ans pour acheter des boissons alcoolisées et la tolérance zéro pour les jeunes conducteurs.

Étant donné que la consommation d'alcool et d'autres drogues est étroitement associée aux lieux de vie nocturne,

la réglementation concernant la consommation d'alcool pourrait également conduire à une réduction de celle des stimulants. Une récente étude britannique sur la criminalité affirme que la fréquence des sorties en discothèque est fortement liée à la polyconsommation de drogues ⁽⁸²⁾. Les données analysées par l'OEDT et issues des enquêtes de population menées dans neuf pays européens révèlent que parmi les personnes qui consomment régulièrement ou beaucoup d'alcool, la prévalence de la consommation d'amphétamines ou d'ecstasy est nettement supérieure à la moyenne (OEDT, 2009d). L'analyse des données de l'enquête scolaire ESPAD portant sur 22 pays montre que 85,5 % des élèves de 15 et 16 ans qui ont pris de l'ecstasy au cours du dernier mois ont également bu cinq boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion (OEDT, 2009d). Comme l'indiquent les Pays-Bas, les consommateurs peuvent prendre des stimulants comme de la cocaïne et des amphétamines pour se dégriser après avoir trop bu.

Traitement

Les consommateurs d'amphétamines reçoivent généralement un traitement dans des services ambulatoires qui, dans les pays affichant des niveaux importants de consommation d'amphétamines depuis longtemps, peuvent être spécialisés dans le traitement de ce type de problème de drogue. Le traitement de la plupart des usagers d'amphétamines à problèmes peut être dispensé dans des services antidrogue en hébergement, dans des cliniques psychiatriques ou en milieu hospitalier. C'est notamment le cas lorsque la dépendance aux amphétamines est compliquée par des troubles psychiatriques concomitants. En Europe, des médicaments (antidépresseurs, sédatifs ou antipsychotiques) sont administrés pour traiter les premiers symptômes d'abstinence au début d'une désintoxication, qui se déroule généralement dans des services psychiatriques spécialisés dans le cadre d'une hospitalisation. En République tchèque, les consommateurs de méthamphétamine envoyés dans des centres de désintoxication arrivent souvent dans un état de psychose toxique aiguë, qui s'accompagne généralement d'agressivité envers eux-mêmes et envers les autres. Ces patients doivent souvent être physiquement contraints; la communication avec eux est difficile et ils rejettent généralement tout type de soin. Les toxicomanes souffrant de troubles psychotiques sont traités par des médicaments antipsychotiques atypiques dans des services psychiatriques. La République tchèque précise qu'en raison du jeune âge des patients et de la fréquence des problèmes familiaux, il est courant que les consommateurs

de méthamphétamine suivent leur traitement dans le cadre d'une thérapie familiale.

Plusieurs pays considèrent que l'absence de substitut pharmacologique pour le traitement de la dépendance aux amphétamines est un problème pour le maintien en traitement des consommateurs d'amphétamines. Si la dexamphétamine est disponible en Angleterre et au pays de Galles en tant que produit de substitution pour le traitement des usagers d'amphétamines à problèmes, des lignes directrices nationales sur la gestion clinique de la dépendance s'opposent à son utilisation à cette fin parce que son efficacité n'a pas été démontrée (NTA, 2007).

Efficacité des traitements

La consommation chronique de méthamphétamine peut entraîner des troubles cognitifs et réduire la capacité du consommateur à bénéficier de thérapies psychologiques, cognitives et comportementales (Rose et Grant, 2008). Cela peut expliquer les efforts considérables que

Interventions fondées sur des preuves

La consommation de drogue et d'alcool dans des lieux festifs peut induire un large éventail de problèmes sanitaires et sociaux tels que la violence, des rapports sexuels non souhaités et non protégés, des accidents de circulation, la consommation de boissons alcoolisées avant l'âge légal et des nuisances sociales. Une étude récente de l'efficacité des interventions menées dans cet environnement a conclu que les mesures les plus largement mises en œuvre ne reposent pas sur des éléments avérés (Calafat e.a., 2009). Il s'agit notamment de la fourniture d'informations afin de réduire les risques, de la promotion d'une consommation modérée, de la vente responsable d'alcool, de la formation des portiers et de programmes spécifiques pour les conducteurs. Dans certains cas, le manque d'efficacité peut être lié à une mauvaise mise en œuvre.

Il a été démontré que combiner la formation des clients et du personnel, une coopération obligatoire entre les autorités et le secteur des loisirs et l'application de la loi (octroi de licences, vérification de l'âge) constituait la meilleure stratégie pour réduire les blessures, les modes de consommation problématique d'alcool et l'accès des jeunes à l'alcool. Malheureusement, les effets sur la consommation de substances illicites n'ont été que rarement évalués.

D'autres mesures sociétales efficaces en termes de réduction de la consommation de drogue dans les lieux de vie nocturne sont la taxation des alcools, des horaires de vente restreints, des limitations de la densité des points de vente, des points de contrôle de l'alcoolémie au volant, un abaissement du taux autorisé d'alcoolémie, un âge légal minimal pour acheter de l'alcool et une suspension de la licence.

⁽⁸²⁾ Définie comme la consommation de deux ou plusieurs substances illicites au cours de la même période, par exemple au cours des douze derniers mois.

déploie la recherche pour développer des traitements pharmacologiques. Les médicaments étudiés sont parfois destinés à permettre aux patients d'entreprendre une psychothérapie.

Plusieurs essais cliniques sur les médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance aux amphétamines ont été publiés récemment ou sont en cours. Sur neuf études publiées, six ont été menées aux États-Unis, deux en Suède et une en Australie. Les substances étudiées incluent les inhibiteurs de la recapture de dopamine, le méthylphénidate et le bupropion, pour soutenir l'abstinence chez les patients dépendant à la méthamphétamine, l'aripiprazole, un agent antipsychotique; l'ondansetron, un agent anxiolytique; l'amineptine, un psychotrope; la mirtazapine, un antihistaminique; le modafinil, un neuroprotecteur et la naltrexone, un inhibiteur d'opiacés. Dans toutes les

études, seule la naltrexone a été associée à une réussite significative des traitements en termes de réduction de la consommation (démontrée par des échantillons d'urine ou autodéclarée) et un taux d'abstinence continue. Des études menées aux États-Unis tentent de déterminer si la citicoline, qui peut améliorer les fonctions mentales chez les patients dépendant à la méthamphétamine, accroît l'efficacité d'autres traitements pharmaceutiques.

Enfin, une étude contrôlée a montré que les traitements ambulatoires surveillés par un tribunal chargé des affaires de drogue ont produit de meilleurs résultats que les traitements non surveillés. Dans une étude clinique, l'ajout de la gestion des contingences a amélioré les résultats par rapport au traitement pris isolément. Un vaccin éventuel contenant des anticorps monoclonaux antidrogue pour prévenir les surdoses et les rechutes a été décrit dans un article récent.



Chapitre 5

Cocaïne et crack

Introduction

Une hausse de la consommation et des saisies de cocaïne a été observée en Europe au cours de la dernière décennie, et la cocaïne est désormais la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe après le cannabis. Les niveaux de consommation fluctuent considérablement selon les pays, et la consommation de cocaïne est concentrée dans l'ouest et le sud de l'Europe. On observe également une grande diversité entre les consommateurs de cocaïne, tant en ce qui concerne les modes de consommation que sur le plan sociodémographique. Il existe des cocaïnomanes occasionnels, des consommateurs réguliers socialement intégrés et des usagers plus marginaux et souvent dépendants, y compris les consommateurs anciens et actuels d'opiacés. Cette diversité des profils complique l'évaluation de la prévalence de la consommation de cette drogue, de ses conséquences sociales et sanitaires et des réponses qui doivent être apportées.

Offre et disponibilité

Production et trafic

La culture de la coca, la plante à la base de la cocaïne, reste concentrée dans trois pays de la région des

Andes. Pour l'année 2009, l'ONUDC (2010b) estimait que la culture totale de la coca sur une superficie de 158 000 hectares se traduisait par une production potentielle comprise entre 842 et 1 111 tonnes de cocaïne pure, contre environ 865 tonnes en 2008 (UNODC, 2010b). La superficie cultivée en 2009 est estimée à 158 000 hectares, contre 167 600 hectares en 2008, un recul de 5 % en grande partie attribué à une réduction de la superficie de culture de la coca en Colombie qui n'a pas été compensée par des hausses au Pérou et en Bolivie.

Le processus de transformation des feuilles de coca en chlorhydrate de cocaïne s'effectue essentiellement en Colombie, au Pérou et en Bolivie, bien qu'il puisse également avoir lieu dans d'autres pays. L'importance de la Colombie dans la production de cocaïne est corroborée par les informations sur les laboratoires démantelés et les saisies de permanganate de potassium, un réactif chimique utilisé dans la synthèse du chlorhydrate de cocaïne. En 2008, 3 200 laboratoires de cocaïne ont été démantelés (OICS, 2010b), et un total de 42 tonnes de permanganate de potassium a été saisi en Colombie (90 % des saisies mondiales) (OICS, 2010a).

Les informations disponibles laissent à penser que le trafic de cocaïne se poursuit vers l'Europe par différents

Tableau 7 – Production, saisies, prix et pureté de la cocaïne et du crack

	Cocaïne	Crack ⁽¹⁾
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	842-1 111	n.d.
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	711 ⁽²⁾	n.d.
Quantité saisie (en tonnes)		
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	67 (67)	0,06 (0,06)
Nombre de saisies		
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	95 700 (96 300)	10 100 (10 100)
Prix de vente moyen au détail (en EUR par gramme)		
Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽³⁾	37-107 (50-70)	45-82
Intervalle de pureté moyenne (%)	13-62	20-89

⁽¹⁾ En raison du faible nombre de pays disposant d'informations, les données doivent être interprétées avec prudence.

⁽²⁾ Estimations de l'ONUDC. Ce chiffre est équivalent à 412 tonnes de cocaïne pure.

⁽³⁾ Intervalle contenant la moitié des prix moyens médians.

NB: Toutes les données se rapportent à 2008, hormis l'estimation de la production mondiale (2009); n.d. = données non disponibles.

Sources: ONUDC (2010b) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

itinéraires aériens et maritimes. Les expéditions de cocaïne transitent par des pays comme l'Argentine, le Brésil, l'Équateur, le Venezuela et le Mexique avant d'arriver en Europe. Les îles Caraïbes sont aussi fréquemment utilisées pour le transbordement de la drogue vers l'Europe. Ces dernières années, d'autres itinéraires passant par l'Afrique de l'Ouest ont été identifiés (OEDT et Europol, 2010). Bien que pour 2008 (ONUDD, 2009) une «baisse importante» des saisies de cocaïne transitant par l'Afrique de l'Ouest ait été observée, il est probable que des quantités significatives de drogue traversent encore cette région (OEDT et Europol, 2010).

La péninsule Ibérique, et en particulier l'Espagne, et les Pays-Bas semblent être des points d'entrée de la cocaïne introduite clandestinement en Europe. La France, l'Italie et le Royaume-Uni sont souvent cités comme des pays importants de transit ou de destination en Europe. Selon des rapports récents, le trafic de cocaïne pourrait s'étendre vers l'est (OEDT et Europol, 2010; OICS, 2010b). Les données agrégées des dix pays d'Europe centrale et orientale font apparaître une hausse des saisies de cocaïne, dont le nombre est passé de 469 en 2003 à 1 212 en 2008, ce qui ne représente toujours qu'environ 1 % du total des saisies européennes.

Saisies

La cocaïne est la drogue qui fait l'objet du trafic le plus intense dans le monde, après l'herbe et la résine de cannabis. En 2008, les saisies de cocaïne à l'échelle mondiale sont restées stables à environ 711 tonnes (ONUDD, 2010b). L'Amérique du Sud reste la région du monde qui intercepte les plus grandes quantités de cette drogue avec 60 % des saisies totales (CND, 2009), suivie par l'Amérique du Nord (28 %) et l'Europe occidentale et centrale (11 %) (ONUDD, 2009).

En Europe, le nombre des saisies de cocaïne est en augmentation depuis vingt ans et, plus particulièrement, depuis 2004. En 2008, le nombre de saisies de cocaïne s'est accru pour atteindre 96 000 cas, alors que la quantité totale interceptée a chuté à 37 tonnes contre 121 tonnes en 2006 et 76 tonnes en 2007. Cette baisse de la quantité totale de cocaïne saisie est due dans une large mesure aux quantités moindres saisies en Espagne et au Portugal depuis 2006 ⁽⁸³⁾. Elle pourrait s'expliquer par la modification des itinéraires ou des méthodes des trafiquants ou par des changements de priorités des autorités répressives. En 2008, l'Espagne était toujours le pays déclarant à la fois la plus grande quantité de cocaïne saisie et le nombre le plus élevé de saisies de cette drogue — près de la moitié du total — en Europe. Il s'agit d'une analyse préliminaire

Des laboratoires d'«extraction secondaire» de cocaïne en Europe

Des laboratoires clandestins installés par des trafiquants de drogue pour transformer la cocaïne en Europe remplissent une fonction différente des laboratoires de production de cocaïne d'Amérique du Sud, où la cocaïne base ou le chlorhydrate de cocaïne est extrait des feuilles ou de la pâte de coca. La plupart des laboratoires découverts par les autorités répressives européennes semblent extraire de la cocaïne de «supports» auxquels elle a été incorporée avant d'être exportée.

Du chlorhydrate de cocaïne et, moins fréquemment, de la cocaïne base ont été découverts dans une série de supports aussi variés que de la cire d'abeille, des engrais, des vêtements, des herbes et des liquides. La sophistication du processus d'incorporation peut varier d'une simple imprégnation de vêtements dans une solution de cocaïne et d'eau à l'incorporation de la drogue dans du plastique. Dans ce dernier cas, un processus chimique inverse est nécessaire pour extraire la cocaïne. Après extraction, la substance peut être frelatée en la coupant avec divers agents et en la compactant en pains de cocaïne marqués de logos qui, dans les pays producteurs, indiquent que la cocaïne est d'une pureté élevée.

En 2008, Europol a reçu des rapports signalant la découverte d'une trentaine de laboratoires d'extraction secondaire de cocaïne, de taille variable, mais tous situés en Espagne. Aux Pays-Bas, un laboratoire de taille moyenne extrayant de la cocaïne de poudre de cacao et de liqueur de cacao a été démantelé à Roosendaal, dans la province du Brabant. Un an plus tôt, les autorités néerlandaises avaient déjà démantelé deux laboratoires d'extraction secondaire dans la même province et avaient saisi 8 tonnes de plastique (polypropylène) contenant de la cocaïne. Les documents retrouvés dans les laboratoires ont révélé que plus de 50 tonnes de plastique avaient été importées de Colombie au cours de l'année.

dans la mesure où les données de 2008 ne sont pas encore disponibles pour les Pays-Bas, qui ont déclaré les deuxièmes quantités les plus importantes de cocaïne saisie en 2007.

Pureté et prix

La pureté moyenne des échantillons de cocaïne saisis en Europe était comprise entre 25 et 55 % pour la plupart des pays déclarants en 2008, bien que des valeurs plus faibles aient été enregistrées au Danemark (détail uniquement, 23 %) et dans quelques régions du Royaume-Uni (Écosse, 13 %), et que des valeurs supérieures aient été signalées par la Belgique (59 %), la France (60 %) et la Roumanie (62 %) ⁽⁸⁴⁾. Vingt et un pays ont fourni des données suffisantes pour permettre une analyse de l'évolution de la pureté de la cocaïne au cours de la période 2003-2008,

⁽⁸³⁾ Voir les tableaux SZR-9 et SZR-10 du bulletin statistique 2010.

⁽⁸⁴⁾ Pour des données relatives à la pureté et aux prix, voir les tableaux PPP-3 et PPP-7 du bulletin statistique 2010.

avec dix-sept pays déclarant une diminution, trois une stabilisation (Allemagne, Grèce, France) et le Portugal constatant une hausse de la pureté.

En 2008, le prix de vente moyen au détail de la cocaïne oscillait entre 50 et 70 euros le gramme dans la moitié des dix-huit pays déclarants. Des prix inférieurs avaient cours en Pologne et au Portugal et des prix supérieurs étaient pratiqués en République tchèque, en Italie, en Lettonie et en Suède. À une exception près, tous les pays possédant suffisamment de données pour procéder à une comparaison ont déclaré une baisse des prix au détail de la cocaïne entre 2003 et 2008. Seule la Pologne a mentionné une hausse des prix au cours de la période, avec un recul en 2008.

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cocaïne dans la population générale

Globalement, bien que sa consommation varie sensiblement d'un pays à l'autre, la cocaïne reste la deuxième drogue illicite en Europe après le cannabis. On estime à 14 millions le nombre d'Européens qui en ont consommé au moins une fois dans leur vie, soit une moyenne de 4,1 % d'adultes âgés de 15 à 64 ans (voir le tableau 8 pour un résumé des données). Les chiffres nationaux oscillent entre 0,1 et 9,4 %, mais 12 pays sur 24, dont la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, font état de faibles niveaux de prévalence au cours de la vie (0,5 à 2 %).

On estime qu'environ 4 millions d'Européens ont consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois (1,3 % en moyenne), bien qu'une fois encore, il existe des écarts considérables entre pays. De récentes études nationales estiment la prévalence au cours de la dernière année entre 0 et 3,1 %. L'estimation de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours du dernier mois en Europe représente quelque 0,5 % de la population adulte, soit environ 2 millions de personnes.

Un petit nombre de pays enregistrent des niveaux de consommation de cocaïne supérieurs à la moyenne européenne (Danemark, Espagne, Irlande, Italie, Royaume-Uni). Dans tous ces pays sauf un, la cocaïne est le stimulant illicite le plus couramment consommé. L'exception est le Danemark, qui fait état d'une prévalence similaire pour la cocaïne et les amphétamines.

Consommation de cocaïne chez les jeunes adultes

En Europe, on estime à quelque 8 millions, soit une moyenne de 5,9 %, le nombre de jeunes adultes

(15-34 ans) qui ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie. Les chiffres nationaux sont compris entre 0,1 et 14,9 %. La moyenne européenne relative à la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois pour cette tranche d'âge est estimée à 2,3 % (environ 3 millions de personnes) et à 0,9 % (1,5 million de personnes) pour la consommation au cours du dernier mois.

La consommation est particulièrement élevée chez les jeunes hommes (15-34 ans), avec une prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la dernière année comprise entre 4 et 8,4 % au Danemark, en Espagne, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni ⁽⁸⁵⁾. Dans douze pays déclarants, le ratio hommes/femmes pour la prévalence de la consommation de cocaïne chez les jeunes adultes est au moins de deux hommes pour une femme ⁽⁸⁶⁾.

Les enquêtes ciblées et les enquêtes transversales de population ont montré que la consommation de cocaïne est associée à certains milieux et à certains styles de vie. Ainsi, une analyse des données issues de l'enquête britannique 2008/2009 sur la criminalité a conclu que, parmi les 16-24 ans qui ont fréquenté des discothèques quatre fois ou plus au cours du dernier mois, 14,2 % déclarent avoir pris de la cocaïne au cours de la dernière année, contre 4 % des personnes n'ayant pas fréquenté de discothèque (Hoare, 2009). Des enquêtes ciblées réalisées récemment dans des endroits où l'on passe de la musique électronique en République tchèque, aux Pays-Bas, en Autriche et au Royaume-Uni indiquent une consommation très élevée de cocaïne au cours de la vie, allant de 17,6 à 86 %. La consommation de cocaïne peut aussi être directement associée à ces milieux musicaux. En effet, dans une enquête réalisée en 2008 auprès des *clubbers* d'Amsterdam, 4,6 % des 646 personnes interrogées ont déclaré avoir pris de la cocaïne au cours de la soirée de l'enquête, tandis qu'une enquête in situ portant sur 323 *clubbers* au Royaume-Uni indique que 22 % avaient consommé ou avaient l'intention de consommer de la cocaïne au cours de la soirée.

Les données issues des enquêtes sur la population générale révèlent également que la prévalence d'une consommation épisodique très forte d'alcool ⁽⁸⁷⁾ est nettement plus élevée chez les consommateurs de cocaïne que dans la population générale (OEDT, 2009d). Les Pays-Bas rapportent aussi que certains consommateurs prennent de la cocaïne pour se dégriser après avoir bu de manière excessive.

Consommation de cocaïne chez les élèves

Les estimations relatives à la prévalence de la consommation de cocaïne chez les élèves sont nettement

⁽⁸⁵⁾ Voir le graphique GPS-13 du bulletin statistique 2010.

⁽⁸⁶⁾ Voir le tableau GPS-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2010.

⁽⁸⁷⁾ Définie comme le fait de boire six verres ou plus d'une boisson alcoolisée en une occasion au moins une fois par semaine durant les douze derniers mois.

Tableau 8 – Prévalence de la consommation de cocaïne dans la population générale – Résumé des données

Tranches d'âge	Périodes de consommation		
	Au cours de la vie	Dernière année	Dernier mois
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	14 millions	4 millions	2 millions
Moyenne européenne	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Plage de données	0,1 - 9,4 %	0,0 - 3,1 %	0,0 - 1,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Malte (0,4 %) Lituanie (0,5 %) Grèce (0,7 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Hongrie, Pologne, Lituanie (0,2 %) Malte (0,3 %)	Roumanie, Grèce (0,0 %) Malte, Suède, Pologne, Lituanie, Estonie, Finlande (0,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (9,4 %) Espagne (8,3 %) Italie (7,0 %) Irlande (5,3 %)	Espagne (3,1 %) Royaume-Uni (3,0 %) Italie (2,1 %) Irlande (1,7 %)	Royaume-Uni (1,5 %) Espagne (1,1 %) Italie (0,7 %) Autriche (0,6 %)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	8 millions	3 millions	1,5 million
Moyenne européenne	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Plage de données	0,1 - 14,9 %	0,1 - 6,2 %	0,0 - 2,9 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Lituanie (0,7 %) Malte (0,9 %) Grèce (1,0 %)	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Pologne, Lituanie (0,3 %) Hongrie (0,4 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce, Pologne, Lituanie (0,1 %) Hongrie, Estonie (0,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (14,9 %) Espagne (11,8 %) Danemark (9,5 %) Irlande (8,2 %)	Royaume-Uni (6,2 %) Espagne (5,5 %) Danemark (3,4 %) Irlande (3,1 %)	Royaume-Uni (2,9 %) Espagne (1,9 %) Italie (1,1 %) Irlande (1,0 %)
<p>Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008-2009 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc pas renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne pour l'Europe a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions), 15-34 ans (133 millions) et 15-24 ans (63 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes sur la population générale du bulletin statistique 2010.</p>			

inférieures à celles de la consommation de cannabis. D'après l'enquête ESPAD 2007, la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans se situait entre 1 et 2 % dans la moitié des vingt-huit pays déclarants. La plupart des autres pays font état de niveaux de prévalence compris entre 3 et 4 %, alors qu'en France et au Royaume-Uni, ces niveaux atteignent 5 et 6 %, respectivement. Lorsque des données sont disponibles pour les élèves plus âgés (17-18 ans), la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie est généralement supérieure, atteignant jusqu'à 8 % en Espagne ⁽⁸⁸⁾.

Comparaisons internationales

Dans l'ensemble, les estimations de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée sont plus faibles chez les jeunes adultes de l'Union

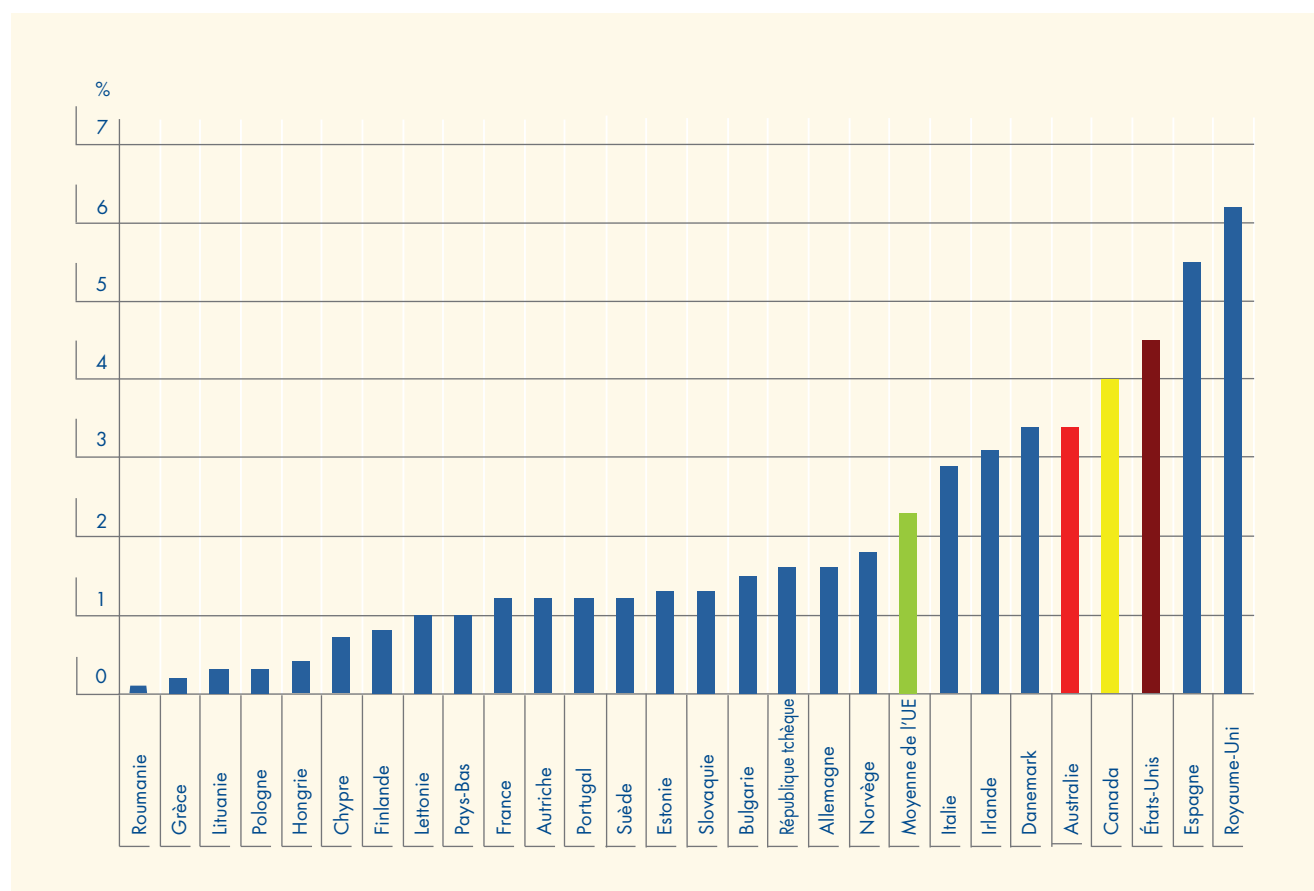
européenne (2,3 %) que chez leurs homologues australiens (3,4 % des 14-39 ans), canadiens (4,0 %) et américains (4,5 % chez les 16-34 ans). Toutefois, le Danemark affiche les mêmes chiffres que l'Australie, tandis que l'Espagne et le Royaume-Uni déclarent des chiffres supérieurs à ceux du Canada et des États-Unis (graphique 7).

Tendances de la consommation de cocaïne

Les tendances en matière de consommation de cocaïne en Europe ont suivi des évolutions variées. Dans les deux pays affichant la prévalence la plus élevée de la consommation de cocaïne (Espagne, Royaume-Uni), la consommation de cette drogue a connu une hausse spectaculaire à la fin des années 1990 avant de se stabiliser, bien que globalement en suivant toujours une courbe ascendante. Dans trois autres pays (Danemark, Irlande, Italie), l'augmentation de la prévalence a été

⁽⁸⁸⁾ Voir les tableaux EYE-3 à EYE-10 du bulletin statistique 2010.

Graphique 7 — Prévalence, au cours des douze derniers mois, de la consommation de cocaïne chez les jeunes adultes (15-34 ans) en Europe, en Australie, au Canada et aux États-Unis



NB: Les données proviennent de la dernière enquête disponible pour chaque pays. Le taux moyen européen de prévalence a été calculé comme la moyenne des taux nationaux de prévalence pondérés par la population nationale des 15-34 ans (2006, extraits d'Eurostat). Les données australiennes et américaines ont été recalculées à partir des résultats originaux de l'enquête sur les tranches d'âge des 16-34 ans et 14-39 ans, respectivement. Voir le graphique GPS-20 du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Samhsa (États-Unis), Office of Applied Studies, National survey on drug use and health, 2008.

Canada, enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogue.

Australian Institute of Health and Welfare 2008, 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings, Drug statistics series No 22, Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

moins marquée et est intervenue plus tard. Néanmoins, les niveaux de consommation dans ces trois pays sont élevés par rapport aux moyennes européennes. Dans les autres pays ayant mené des enquêtes répétées entre 1998 et 2008/09, la prévalence au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) semble plus stable, avec des niveaux qui restent inférieurs à 2 % durant cette période (voir le graphique 8).

Lorsque l'on examine les tendances plus récentes, sur les 15 pays ayant mené des enquêtes répétées entre 2003 et 2008, la prévalence au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) a au moins doublé, mais est restée inférieure à 2 % dans trois pays (Bulgarie, République tchèque, Lettonie). Elle a augmenté d'environ 50 % dans deux pays (Irlande, Royaume-Uni) et est restée

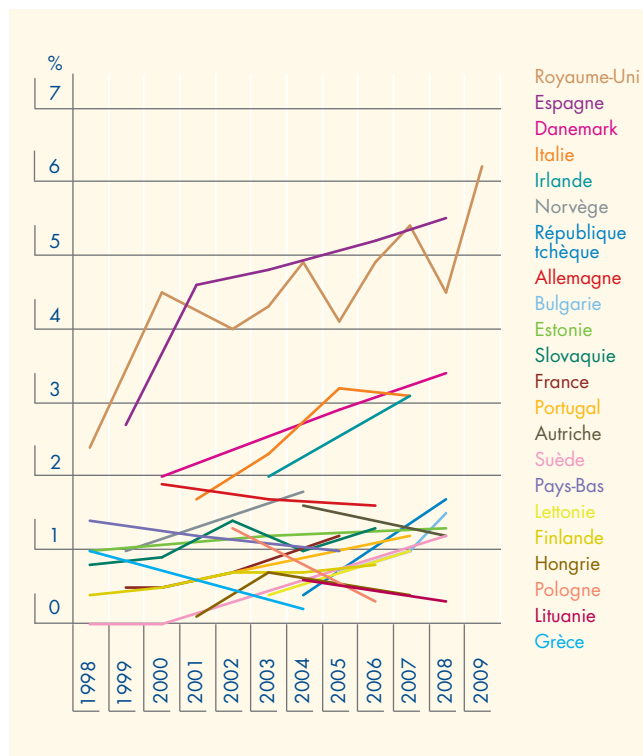
stable ou a reculé dans huit pays (Allemagne, Estonie, Lituanie, Hongrie, Autriche, Pologne, Slovaquie, Finlande).

Dans les enquêtes scolaires ESPAD menées en 2007, la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans s'est accrue d'au moins deux points de pourcentage depuis 2003 en France, à Chypre, à Malte, en Slovaquie et en Slovaquie. L'enquête espagnole en milieu scolaire a noté une baisse de deux points de pourcentage entre 2004 et 2007. Sur les cinq pays qui ont réalisé des enquêtes scolaires en 2008, aucun changement supérieur à 1 % n'est intervenu.

Modes de consommation de la cocaïne

Dans certains pays européens, un nombre important de personnes n'ont consommé de la cocaïne qu'une ou

Graphique 8 — Tendances de la prévalence, au cours des douze derniers mois, de la consommation de cocaïne chez les jeunes adultes (15-34 ans)



NB: Voir le graphique GPS-14 (partie i) du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations.
Source: Points focaux nationaux Reitox.

deux fois à titre d'expérimentation (Van der Poel e.a., 2009). Chez les consommateurs plus réguliers ou plus intensifs de cocaïne, on peut distinguer deux grands groupes. Le premier se compose de consommateurs «socialement intégrés», qui consomment généralement de la cocaïne le week-end, durant des événements festifs ou en d'autres occasions spéciales, parfois en plus grandes quantités («binges») ou fréquemment. Un grand nombre de consommateurs socialement intégrés déclarent contrôler leur consommation de cocaïne en se fixant des règles, par exemple sur la quantité, la fréquence ou le contexte (Decorte, 2000). Certains de ces consommateurs ont des problèmes de santé liés à leur consommation de cocaïne ou développent des modes de consommation compulsive qui nécessitent un traitement. Des études suggèrent toutefois qu'une proportion importante des personnes ayant des problèmes liés à la cocaïne pourrait les résoudre sans suivre un traitement formel (Cunningham, 2000).

Le second groupe comprend des consommateurs plus «marginalisés» ou «socialement exclus», y compris des usagers anciens ou actuels d'opiacés qui peuvent consommer du crack ou s'injecter de la cocaïne. Ce groupe inclut également les consommateurs intensifs de cocaïne

et de crack appartenant à des groupes socialement défavorisés, tels que les travailleurs du sexe ou les immigrants (Prinzleve e.a., 2004).

Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé

Il semble que l'ampleur des conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé soit sous-estimée. Cela est dû en partie à la nature souvent non spécifique ou chronique des pathologies généralement induites par une consommation prolongée de cocaïne et aux difficultés à établir un lien de cause à effet entre la maladie et la consommation de drogue⁽⁸⁹⁾. La consommation régulière de cocaïne, notamment sniffée, peut être associée à des troubles cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques et aux risques d'accidents et de transmission de maladies infectieuses dues à des rapports sexuels non protégés (Brugal e.a., 2009). Une étude menée aux États-Unis a également montré qu'environ 5 % des consommateurs de cocaïne peuvent devenir dépendants au cours de la première année de consommation, mais pas plus de 20 % environ de consommateurs développent une dépendance à long terme (Wagner et Anthony 2002).

Les études réalisées dans des pays affichant des taux élevés de consommation indiquent qu'une proportion considérable des problèmes cardiaques des jeunes pourraient avoir un rapport avec la consommation de cocaïne (Qureshi e.a., 2001). Dans ces pays, la consommation de cocaïne peut apparemment aussi intervenir dans une part significative des urgences médicales liées à la drogue (32 % aux Pays-Bas et la majorité des cas en Espagne et aux États-Unis). Une étude espagnole récente a montré que sur 720 usagers réguliers de cocaïne âgés de 18 à 20 ans, qui n'étaient pas des consommateurs réguliers d'héroïne, 27 % avaient connu une intoxication aiguë à la cocaïne au cours de la dernière année. Parmi eux, 35 % ont présenté des symptômes de psychose (hallucinations ou délire) et plus de 50 % ont éprouvé des douleurs dans la poitrine (Santos e.a., article paru dans la presse).

L'injection de cocaïne et la consommation de crack sont associées aux risques les plus graves pour la santé, dont des problèmes cardiovasculaires et de santé mentale. Ces problèmes sont généralement aggravés par la marginalisation sociale et par d'autres difficultés spécifiques, comme les risques liés à l'injection, y compris la transmission de maladies infectieuses et les surdoses (OEDT, 2007c).

Dans l'ensemble, des signes indiquent un problème sanitaire significatif et probablement croissant lié à la consommation de cocaïne en Europe, qui n'est pas encore

⁽⁸⁹⁾ Voir l'encadré «Décès provoqués par la cocaïne» au chapitre 7.

entièrement appréhendé et reconnu. L'association entre la consommation de cocaïne et les crimes violents dans l'économie de la nuit constitue également une source de préoccupations (Measham et Moore, 2009).

Usage problématique de cocaïne et demandes de traitement

L'OEDT définit les consommateurs réguliers de cocaïne qui en prennent pendant de longues périodes et qui

Le lévamisole, un adjuvant de la cocaïne

Les adjuvants ou «agents de coupe» sont des substances ajoutées intentionnellement aux drogues, en particulier aux drogues en poudre, afin d'en augmenter la valeur de revente et le bénéfice économique. Il convient de les distinguer des impuretés, qui sont de petites quantités de substances indésirables provenant du processus de synthèse (King, 2009).

En raison de sa valeur élevée, la cocaïne peut être coupée plusieurs fois avec une ou plusieurs substances. Il peut s'agir de diluants inertes (comme les sucres et l'amidon), qui augmentent le volume de la drogue. Des adjuvants actifs sur le plan pharmacologique peuvent également être utilisés pour accroître ou imiter les effets de la drogue ou améliorer son aspect. Dans cette catégorie, on peut ranger les analgésiques (comme le paracétamol), les anesthésiants locaux (comme la lidocaïne), les antihistaminiques (comme l'hydroxyzine), la diltiazem et l'atropine (Meijers, 2007).

L'utilisation de lévamisole (1-tétramisole) comme adjuvant de la cocaïne est signalée aux États-Unis et en Europe depuis 2004. Le lévamisole est utilisé comme agent antiparasitaire en médecine vétérinaire et a été utilisé comme immunostimulant en médecine humaine. En cas d'usage prolongé à forte dose, il peut avoir des effets secondaires, dont l'agranulocytose (1) est le plus inquiétant.

Le lévamisole n'est pas identifié couramment dans les saisies de cocaïne, et il est rarement quantifié. Toutefois, les informations disponibles indiquent une augmentation de la proportion des échantillons de cocaïne coupée avec du lévamisole et de la concentration de lévamisole dans la drogue. Cette situation a conduit le système européen d'alerte précoce (voir le chapitre 8) à lancer un avertissement et à entamer une collecte de données supplémentaires. Un avertissement de santé publique lancé aux États-Unis annonçait que plus de 70 % des saisies de cocaïne analysées en 2009 contenaient du lévamisole (2), et, à la fin de l'année, 20 cas confirmés ou probables d'agranulocytose (avec deux décès) avaient été enregistrés dans le pays. Le nombre de cas semble toutefois extrêmement bas par rapport au nombre de consommateurs de cocaïne.

(1) L'agranulocytose est un état hémalogique qui peut entraîner des infections fulgurantes potentiellement mortelles.

(2) Communiqué de presse du Samhsa.

s'injectent la substance comme des usagers de cocaïne à problèmes. L'estimation de la taille de cette population fournit une idée du nombre de personnes nécessitant probablement un traitement. Les usagers de cocaïne à problèmes socialement intégrés sont toutefois sous-représentés dans ces estimations, bien qu'ils puissent également avoir besoin d'un traitement. Des estimations nationales du nombre d'usagers de cocaïne à problèmes ne sont disponibles que pour l'Italie, alors que le Royaume-Uni (Angleterre) dispose d'estimations régionales et d'estimations de la consommation de crack. En Italie, le nombre de cocaïnomanes à problèmes est estimé à quelque 172 000 personnes (en 4,2 et 4,6 pour 1 000 adultes de 15 à 64 ans) en 2008 (90). Les données relatives à l'évolution de l'usage problématique de cocaïne et d'autres sources mettent en évidence une augmentation de la consommation de cette drogue en Italie.

La consommation de crack est très inhabituelle chez les consommateurs de cocaïne socialement intégrés et touche essentiellement les groupes marginalisés et défavorisés, comme les travailleurs du sexe, les usagers d'opiacés à problèmes et, parfois, dans certaines minorités ethniques spécifiques (France, Pays-Bas, Royaume-Uni, par exemple). Elle est principalement observée dans quelques villes européennes (Prinzleve et al., 2004; Connolly et al., 2008). La majorité des demandes de traitement en rapport avec la consommation de crack et la plupart des saisies de crack en Europe sont déclarées par le Royaume-Uni. La consommation de crack est considérée comme un aspect majeur du phénomène de la drogue à Londres. En Angleterre, pour la période 2006-2007, l'usage problématique de crack en Angleterre oscillait entre 1,4 et 17,0 cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans, avec une moyenne nationale de 5,2 à 5,6 cas pour 1 000 (91). On estime que plus des deux tiers des usagers de crack à problèmes sont aussi des usagers d'opiacés à problèmes.

Dans les pays qui enregistrent les taux de prévalence les plus élevés, la cocaïne en poudre ou le crack sont souvent utilisés par les consommateurs d'opiacés suivant un traitement de substitution (surtout en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). La consommation de cocaïne et d'alcool est souvent associée chez les patients suivant un traitement de substitution.

Demandes de traitement

La cocaïne, surtout la cocaïne en poudre, était citée comme la principale raison de commencer un traitement de la dépendance par environ 17 % de tous les patients en traitement en 2008, ce qui correspond à près de 70 000 cas dans vingt-sept pays européens. Parmi les

(90) Voir le tableau PDU-102 (partie i) du bulletin statistique 2010.

(91) Voir le tableau PDU-103 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

patients entamant un traitement pour la première fois, le pourcentage de consommateurs primaires de cocaïne était le plus élevé (24 %).

On constate des écarts importants entre les pays en ce qui concerne la proportion et le nombre de consommateurs primaires de cocaïne. Les chiffres les plus élevés sont ceux de l'Espagne (46 %), des Pays-Bas (33 %) et de l'Italie (28 %). En Belgique, en Irlande, à Chypre, au Luxembourg et au Royaume-Uni, les patients traités pour dépendance à la cocaïne représentent entre 11 et 15 % de tous les toxicomanes en traitement. Ailleurs en Europe, les consommateurs de cocaïne représentent moins de 10 % des patients en traitement et moins de 1 % dans huit pays ⁽⁹²⁾.

Le nombre de patients admis en traitement pour consommation primaire de cocaïne s'accroît en Europe depuis plusieurs années, bien que cette tendance soit fortement influencée par une poignée de pays (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni). Selon les déclarations de 17 pays, le nombre de patients traités pour dépendance à la cocaïne est passé de 37 000 en 2003 à 52 000 en 2008, alors que leur proportion a augmenté de 17 à 19 % de l'ensemble des patients. Chez les nouveaux patients, le nombre de ceux traités pour dépendance à la cocaïne est passé de 18 000 à 28 000, soit de 22 à 27 % (dans dix-huit pays). En ce qui concerne les pays enregistrant les nombres les plus élevés de patients traités pour dépendance à la cocaïne, depuis 2005, le nombre et la proportion de nouveaux patients mentionnant la cocaïne comme drogue primaire sont stables ou connaissent une courbe descendante en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas, alors que le Royaume-Uni signale une hausse ⁽⁹³⁾.

Profil des patients en traitement

Presque tous les patients traités pour dépendance à la cocaïne le sont dans des centres ambulatoires, même si certains consommateurs de cocaïne peuvent être traités dans des cliniques privées, qui ne sont quasiment pas prises en compte dans l'actuel système de suivi.

Les patients traités en ambulatoire pour dépendance à la cocaïne présentent le ratio hommes/femmes le plus élevé (cinq hommes pour une femme) et l'une des moyennes d'âge les plus élevées (environ 32 ans) des patients traités pour toxicomanie. Cela est particulièrement vrai dans certains pays comptant beaucoup de patients en

traitement pour consommation primaire de cocaïne, notamment l'Italie, où le ratio hommes/femmes est de 6 pour 1 et l'âge moyen de 34 ans. Les consommateurs primaires de cocaïne sont plus âgés lors de la première consommation de leur drogue principale (22,3 ans, 87 % avant l'âge de 30 ans) par rapport aux consommateurs primaires d'autres drogues et le délai moyen entre la première consommation de cocaïne et la première admission en traitement est d'environ neuf ans.

La plupart des patients consommateurs de cocaïne la sniffent (63 %) ou la fument (31 %), alors qu'ils sont moins de 3 % à se l'injecter ⁽⁹⁴⁾. Près de la moitié d'entre eux ont consommé de la drogue une à six fois par semaine avant d'entamer un traitement, 26 % en prenaient quotidiennement et 25 % n'en ont pas consommé au cours de la dernière semaine ⁽⁹⁵⁾. Une analyse des données relatives aux traitements dans 14 pays en 2006 a révélé qu'environ 63 % des patients dépendant à la cocaïne sont polytoxicomanes. Ils sont ainsi 42 % à consommer de l'alcool, 28 % du cannabis et 16 % de l'héroïne. La cocaïne est également citée comme drogue secondaire par 32 % des patients traités en ambulatoire, notamment chez les patients consommateurs primaires d'héroïne (OEDT, 2009d).

En 2008, environ 10 000 patients ont été admis en traitement ambulatoire pour consommation primaire de crack, ce qui représente 16 % de l'ensemble des patients dépendant à la cocaïne et 3 % de l'ensemble des toxicomanes en traitement ambulatoire. La plupart des consommateurs de crack (environ 7 500) sont situés au Royaume-Uni, où ils représentent 42 % des consommateurs de cocaïne en traitement et 5,6 % de tous les patients traités pour toxicomanie. Les Pays-Bas indiquent également que les patients consommateurs de crack représentent une part considérable de tous les patients ayant entamé un traitement en 2008 ⁽⁹⁶⁾.

Globalement, on peut distinguer deux grands groupes de consommateurs de cocaïne en traitement: les personnes bien intégrées dans la société qui consomment de la cocaïne en poudre et un groupe de patients davantage marginalisés qui consomment de la cocaïne, souvent du crack, associée à des opiacés. Les membres du premier groupe déclarent le plus souvent sniffer la drogue et parfois l'associer à d'autres substances telles que l'alcool ou le cannabis, mais pas les opiacés. Certains membres de ce groupe sont contraints de suivre un traitement par le système judiciaire. Le second

⁽⁹²⁾ Voir le graphique TDI-2 et les tableaux TDI-5 (partie i et partie ii) et TDI-24 du bulletin statistique 2010; les données pour l'Espagne se rapportent à 2007.

⁽⁹³⁾ Voir les graphiques TDI-1 et TDI-3 du bulletin statistique 2010.

⁽⁹⁴⁾ Voir le tableau TDI-17 (partie iv) du bulletin statistique 2010.

⁽⁹⁵⁾ Voir le tableau TDI-18 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

⁽⁹⁶⁾ Depuis 2008, les Pays-Bas considèrent comme des usagers de crack les patients traités pour dépendance à la cocaïne qui déclarent fumer leur drogue comme mode d'administration. Cette approche a entraîné une augmentation marquée par rapport aux chiffres des années précédentes. Il est possible que l'identification des patients traités pour dépendance au crack soit aussi insuffisante dans d'autres pays.

groupe de patients déclare souvent s'injecter la drogue, consomme à la fois de la cocaïne et des opiacés, fume parfois du crack et vit dans des conditions sociales et de santé précaires. Dans ce groupe, qui comprend d'anciens héroïnomanes entamant à nouveau un traitement pour consommation de cocaïne, l'identification de la drogue primaire peut se révéler ardue (NTA, 2010) ⁽⁹⁷⁾.

Traitement et réduction des risques

Offre de traitement

En Europe, le traitement de la dépendance à la cocaïne et au crack est généralement assuré par des services spécialisés de traitement ambulatoire. En raison de l'absence actuelle d'une pharmacothérapie, les patients dépendant à la cocaïne bénéficient d'un traitement psychosocial tel que des consultations et des thérapies cognitives et comportementales. Certains pays ont élaboré des lignes directrices pour le traitement de la dépendance à la cocaïne (Allemagne, Royaume-Uni, par exemple). Au Royaume-Uni, ces lignes directrices recommandent, en fonction des besoins des patients, entre trois et vingt séances destinées à résoudre l'ambivalence liée au changement, à améliorer la reconnaissance et le contrôle des signaux et des motivations de la consommation de cocaïne, à réduire les risques liés à la cocaïne et à prévenir les rechutes (NTA, 2006).

En Europe, la pharmacothérapie est généralement utilisée pour soulager les symptômes de la dépendance à la cocaïne, en particulier l'anxiété. Une étude qualitative portant sur les pratiques actuelles de traitement de la dépendance à la cocaïne en France a conclu que, en dépit des preuves limitées de leur efficacité, des médicaments spécifiques tels que le méthylphénidate, le modafinil ou le topiramate, ont été prescrits pour atténuer l'état de manque ou à des fins de substitution (Escots et Suderie, 2009).

Les structures publiques de traitement de la toxicomanie en Europe sont essentiellement axées sur les besoins des opiomanes et les consommateurs de cocaïne en poudre socialement intégrés peuvent se montrer réticents à entamer un traitement en raison de la stigmatisation qui y est associée. Le Danemark, l'Irlande, l'Italie et l'Autriche ont donc développé des programmes spécifiques pour cette population. La caractéristique commune est que le traitement peut être dispensé en dehors des heures d'ouverture normales pour répondre aux impératifs professionnels et offrir de la discrétion.

Deux études récentes ont analysé l'efficacité du traitement psychosocial dispensé aux consommateurs de

cocaïne en poudre (NTA, 2010) et de crack (Marsden e.a., 2009) dans les centres de traitement anglais. Les deux études ont comparé les changements dans la consommation de drogue avant et après six mois de traitement (ou plus tôt en cas de fin de traitement). Dans la première étude, 61 % des consommateurs de cocaïne en poudre (1 864 sur 3 075) avaient cessé de se droguer et 11 % supplémentaires avaient réduit leur consommation de manière significative. Dans la seconde, 52 % des consommateurs de crack (3 941 sur 7 636) étaient abstinents après six mois de traitement. Il a été constaté, de manière moins positive, que le traitement de substitution aux opiacés n'était pas aussi efficace chez les patients prenant de l'héroïne et du crack que chez ceux ne consommant que de l'héroïne. Cette constatation confirme les effets négatifs de la consommation concomitante de cocaïne ou de crack sur les résultats d'un traitement de substitution et met en évidence la nécessité d'élaborer de nouvelles stratégies pour traiter la dépendance conjointe à l'héroïne et à la cocaïne ou au crack.

Études récentes sur le traitement de la dépendance à la cocaïne

Plus de 50 médicaments différents ont été testés pour le traitement de la dépendance à la cocaïne. Jusqu'à présent, aucun n'a clairement fait la preuve de son efficacité et ni l'Agence européenne des médicaments ni la *Food and Drug Administration* américaine n'ont donné leur autorisation à l'utilisation d'un médicament pour le traitement de la dépendance à la cocaïne (Kleber e.a., 2007). Cependant, plus d'une centaine d'essais contrôlés randomisés sont actuellement enregistrés pour tester de

Vaccin contre la cocaïne

Un vaccin contre la cocaïne a été expérimenté pour la première fois sur des animaux au début des années 1990. Une fois administré, il induit la production d'anticorps qui se lient aux molécules de cocaïne dans le sang et permet ainsi aux enzymes naturels de les transformer en molécules inactives.

Le premier essai contrôlé randomisé du vaccin a eu lieu aux États-Unis et concernait 115 patients suivant un traitement de substitution aux opiacés. L'étude a révélé que les sujets qui recevaient le vaccin et atteignaient un niveau approprié d'anticorps restaient abstinents. Cependant, seuls quatre consommateurs d'opiacés vaccinés sur dix (38 %) atteignaient un niveau d'anticorps suffisant pour bloquer la cocaïne pendant deux mois (Martell e.a., 2009). Des résultats similaires ont été observés dans une étude postérieure portant sur dix consommateurs masculins de cocaïne qui fumaient la drogue, étaient dépendants et ne demandaient pas un traitement pour leur dépendance.

⁽⁹⁷⁾ Voir les tableaux TDI-10, TDI-11 (partie iii), TDI-21 et TDI-103 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

nouvelles substances, parfois en association avec des interventions psychologiques.

L'utilisation du disulfiram, une substance qui interfère avec le métabolisme de l'alcool, a été associée à une réduction de la consommation de cocaïne chez des patients souffrant également d'alcoolisme. La réduction a été attribuée à la diminution de la désinhibition liée à l'alcool et à un jugement altéré. Des études récentes ont également constaté un effet direct du disulfiram sur le métabolisme de la cocaïne. Cependant, en raison de la qualité médiocre des preuves, il a été suggéré que les cliniciens évaluent les bénéfices potentiels et les effets secondaires possibles du disulfiram (Pani e.a., 2010).

L'utilisation de différents anticonvulsifs a été évaluée dans 15 études couvrant 1 066 patients (Minozzi e.a., 2009). Les médicaments n'ont pas eu un effet sensiblement meilleur que le placebo pour maintenir les patients en traitement, réduire le nombre et le type d'effets secondaires ou réduire la consommation de cocaïne. Sept études couvrant 293 patients ont évalué des antipsychotiques (Amato e.a., 2009). De manière générale, les études étaient trop limitées pour confirmer des effets éventuels, mais les résultats disponibles ne vont pas dans le sens d'un recours à ces médicaments pour le traitement de la dépendance à la cocaïne.

Parmi les patients suivant un traitement de substitution aux opiacés, il a été démontré que l'utilisation de bupropion, de dextroamphétamine et de modafinil est associée à des pourcentages plus élevés d'abstinence durable à la cocaïne que chez les patients sous placebo (Castells e.a., 2010).

Dans les interventions non pharmacologiques, certaines interventions psychosociales ont donné des résultats positifs, en réduisant les taux d'abandon de traitement, en diminuant la consommation de cocaïne et en améliorant le suivi, en particulier lorsque ces interventions s'accompagnent d'une gestion des contingences basée sur un système de bons (Knapp e.a., 2007). Plusieurs études en cours se penchent sur les effets des interventions axées sur des incitations, parfois en association avec une thérapie comportementale et des interventions pharmacologiques. Enfin, un traitement avec acupuncture auriculaire n'a pas donné de résultats significatifs (Gates e.a., 2006).

Réduction des risques

Les mesures de réduction des risques s'adressant spécifiquement aux usagers de crack et de cocaïne à problèmes constituent un nouveau domaine de travail dans bon nombre d'États membres. L'une des raisons expliquant les interventions limitées dans ce domaine, notamment pour les consommateurs de crack, pourrait être le manque de connaissance de la drogue, du groupe cible et de ses besoins par les acteurs concernés. Un examen récent des mesures de réduction des risques pour les consommateurs de stimulants a conclu que la définition des risques liés à la cocaïne avait fait l'objet de plus d'attention que la mise au point de mesures destinées à les réduire (Grund e.a., 2010).

Les États membres proposent généralement aux consommateurs de cocaïne par injection les mêmes services et infrastructures qu'aux consommateurs d'opiacés et notamment des conseils pour une utilisation sûre, une formation aux injections en toute sécurité et des programmes d'échange de seringues. Toutefois, l'injection de cocaïne est associée à des risques accrus d'utilisation commune du matériel d'injection et d'injections fréquentes, qui peuvent conduire à un collapsus veineux et à l'injection dans des parties du corps où les risques sont supérieurs (par exemple les jambes, les mains, les pieds et l'aîne). De ce fait, les recommandations pour un usage plus sûr doivent être adaptées à ces risques spécifiques et il convient d'éviter les politiques prônant des échanges de seringues une à une. En raison de la fréquence élevée potentielle des injections, la fourniture de matériel stérile aux usagers de drogue par injection ne devrait pas être limitée (van Beek e.a., 2001). Des pipes à crack propres sont également distribuées dans certaines structures à bas seuil (Espagne, France).

Les mesures de réduction des risques ciblant les consommateurs de cocaïne en poudre dans les espaces festifs sont essentiellement axées sur la sensibilisation. Ces programmes proposent des conseils et des informations aux jeunes sur les risques liés à la consommation d'alcool et de drogue en général et comprennent généralement des brochures sur les risques liés à la consommation de cocaïne. En dehors de ces mesures de sensibilisation, les interventions de réduction des risques sont quasi inexistantes pour ce groupe cible, qui constitue la grande majorité des consommateurs de cocaïne en Europe.



Chapitre 6

Consommation d'opiacés et injection de drogue

Introduction

La consommation d'héroïne, en particulier par l'injection de la drogue, est étroitement associée à des problèmes sociaux et de santé publique en Europe depuis les années 1970. Aujourd'hui, cette drogue représente encore la part la plus importante de la morbidité et de la mortalité liées à la consommation de drogue dans l'Union européenne. Une baisse de la consommation d'héroïne et des problèmes connexes a été observée vers la fin des années 1990 et le début des années 2000, bien que des données plus récentes suggèrent une possible inversion de la tendance dans certains pays. En outre, des rapports sur la consommation d'opiacés de synthèse, tels que le fentanyl, et l'injection de drogues stimulantes, telles que la cocaïne ou les amphétamines, reflètent le caractère de plus en plus multiple de l'usage problématique de drogue en Europe.

Offre et disponibilité

Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont proposées sur le marché européen des drogues illicites: l'héroïne brune (sa forme chimique de base), qui est la plus courante et provient essentiellement d'Afghanistan, et l'héroïne blanche (une forme de sel), qui vient généralement d'Asie du Sud-Est, mais qui est nettement plus rare. Par ailleurs, quelques drogues opiacées sont produites en Europe, pour l'essentiel des produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple de la paille de pavot, du concentré de pavot à partir de tiges ou de têtes de pavot broyées) dans plusieurs États d'Europe orientale (par exemple la Lettonie et la Lituanie).

Production et trafic

L'héroïne consommée en Europe provient pour l'essentiel d'Afghanistan, qui est la principale source de production mondiale d'opium illicite. Les autres pays producteurs sont le Myanmar, qui approvisionne principalement les marchés de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, du Pakistan, et du Laos, suivi par le Mexique et la Colombie, qui sont considérés comme les principaux fournisseurs des États-Unis (ONUDD, 2009). Après avoir atteint un pic en 2007, la production

mondiale d'opium a baissé, principalement en raison d'une diminution de la production afghane, qui a chuté de 8 200 tonnes à 6 900 tonnes en 2009. Selon l'estimation la plus récente, la production annuelle potentielle d'héroïne s'établit à 657 tonnes, en recul par rapport aux niveaux estimés d'environ 750 tonnes en 2007 et 2008 (ONUDD, 2010b).

L'héroïne pénètre en Europe par deux axes principaux. La traditionnelle route des Balkans amène en Europe l'héroïne produite en Afghanistan en passant par le Pakistan, l'Iran et la Turquie et emprunte ensuite divers pays de transit ou de destination (Albanie, Hongrie, Bulgarie, République tchèque, ancienne République yougoslave de Macédoine, Roumanie, Slovaquie, Autriche, Italie). L'héroïne pénètre également en Europe par la «route de la

Tableau 9 – Production, saisies, prix et pureté de l'héroïne

Production et saisies	Héroïne
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	657
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	
Héroïne	75
Morphine	17
Quantité saisie (en tonnes)	
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	8 (24)
Nombre de saisies	
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	54 400 (56 600)
Prix et pureté en Europe ⁽¹⁾	Héroïne brune
Prix de vente moyen au détail (en EUR par gramme)	
Intervalle (intervalle interquartile) ⁽²⁾	25 – 133 (33 – 80)
Pureté moyenne (%)	
Intervalle	7 – 43

⁽¹⁾ Étant donné le nombre limité de pays fournissant les prix de détail et la pureté de l'héroïne blanche, ces données ne sont pas présentées dans le tableau. Elles peuvent être consultées dans les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2010.

⁽²⁾ Intervalle contenant la moitié des prix et de la pureté moyens médians. NB: Les données se rapportent à 2008, hormis l'estimation de la production mondiale (2009).

Sources: ONUDD (2010b) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

soie», qui traverse l'Asie centrale et la Russie, le Belarus, la Pologne et l'Ukraine pour arriver, notamment dans les pays scandinaves via la Lituanie (OICS, 2010b). Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique jouent un rôle important de centres de distribution secondaires.

Saisies

À l'échelle mondiale, les saisies déclarées d'opium ont augmenté sensiblement entre 2007 et 2008, passant de 510 à 657 tonnes (tableau 9). L'Iran représente à lui seul plus de 80 % du total et l'Afghanistan environ 7 %. Les saisies d'héroïne déclarées au niveau mondial ont atteint 75 tonnes en 2008, tandis que celles de morphine sont tombées à 17 tonnes (ONUDD, 2010b).

En Europe, les quelque 56 600 saisies d'héroïne se sont soldées par l'interception de 23,6 tonnes en 2008. Si le Royaume-Uni reste le champion du nombre de saisies opérées, la Turquie a déclaré les plus grandes quantités interceptées, avec 15,5 tonnes récupérées en 2008 ⁽⁹⁸⁾. Les données de 26 pays déclarants portant sur les années 2003 à 2008 indiquent que le nombre de saisies est en hausse depuis 2003. La tendance globale de la quantité d'héroïne saisie en Turquie s'écarte de celle observée dans l'Union européenne (graphique 9). Tandis qu'en Turquie, la quantité d'héroïne saisie a triplé entre 2003 et 2008, la quantité saisie dans l'Union européenne durant cette même période enregistre un léger déclin, essentiellement dû à la diminution des saisies déclarées en Italie et au Royaume-Uni, les deux pays qui interceptent les plus grandes quantités dans l'Union européenne ⁽⁹⁹⁾.

Les saisies totales d'anhydride acétique (utilisé dans la fabrication d'héroïne) sont passées de 57 300 litres en 2007 à 199 300 litres en 2008, les plus grandes quantités ayant été interceptées par la Slovénie (86 100 litres) et la Hongrie (63 600 litres). L'OICS encourage la Commission européenne et les États membres de l'UE à prévenir les détournements d'anhydride acétique du marché intérieur (OICS, 2010a).

Pureté et prix

En 2008, la pureté moyenne de l'héroïne brune était comprise entre 15 et 30 % dans la plupart des pays déclarants, bien que des valeurs inférieures aient été signalées en France (11 %), en Autriche (uniquement pour le détail, 11 %) et en Turquie (uniquement pour le détail, 7 %) et des valeurs supérieures en Bulgarie (31 %), au Portugal (32 %), en Roumanie (43 %) et en Norvège

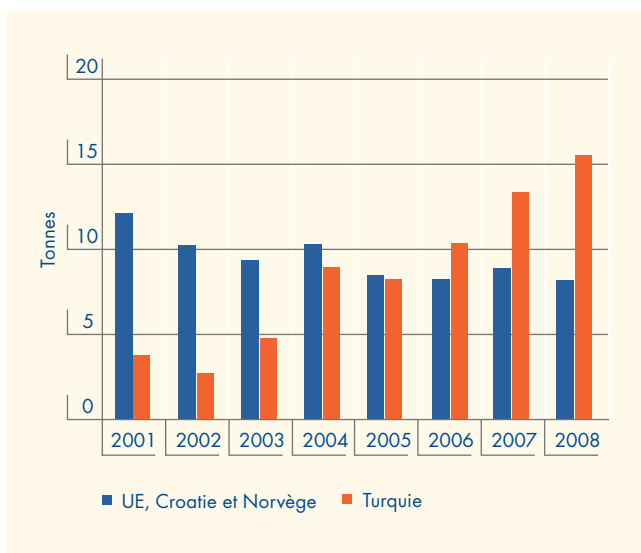
(31 %). Entre 2003 et 2008, la pureté de l'héroïne brune a augmenté dans huit pays et est restée stable ou a baissé dans quatre autres. La pureté moyenne de l'héroïne blanche était généralement plus élevée (30 à 50 %) dans les rares pays européens ayant communiqué des données à ce sujet ⁽¹⁰⁰⁾.

Le prix de vente au détail de l'héroïne brune s'est maintenu à un niveau plus élevé dans les pays nordiques que dans le reste de l'Europe, la Suède faisant état d'un prix moyen de 133 euros le gramme et le Danemark de 107 euros. Dans huit autres pays, le prix de vente au détail de l'héroïne brune était compris entre 25 et 80 euros le gramme. Au cours de la période 2003-2008, le prix de vente au détail de l'héroïne brune a augmenté dans cinq des neuf pays ayant fourni des données sur l'évolution dans le temps et a baissé dans les quatre autres. Le prix au détail de l'héroïne blanche n'est communiqué que par une poignée de pays et a varié entre 24 et 213 euros le gramme en 2008.

Estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés

Les données fournies dans cette section proviennent de l'indicateur sur l'usage problématique de drogue (UPD) de l'OEDT, qui couvre essentiellement l'usage de drogue par

Graphique 9 — Quantités estimées d'héroïne saisie dans l'Union européenne, en Croatie, en Norvège et en Turquie



NB: La quantité totale d'héroïne saisie repose sur les données de tous les pays déclarants de l'OEDT (les 27 États membres de l'UE, la Croatie, la Turquie et la Norvège). Les données manquantes ont été extrapolées à partir des données des années précédentes.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽⁹⁸⁾ Voir les tableaux SZR-7 et SZR-8 du bulletin statistique 2010. Il est à noter qu'en cas d'indisponibilité des données se rapportant à 2008, les données de 2007 sont utilisées pour estimer les totaux européens.

⁽⁹⁹⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire, dans la mesure où les données du Royaume-Uni ne sont pas encore disponibles pour 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Voir les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2010 pour les données relatives à la pureté et aux prix.

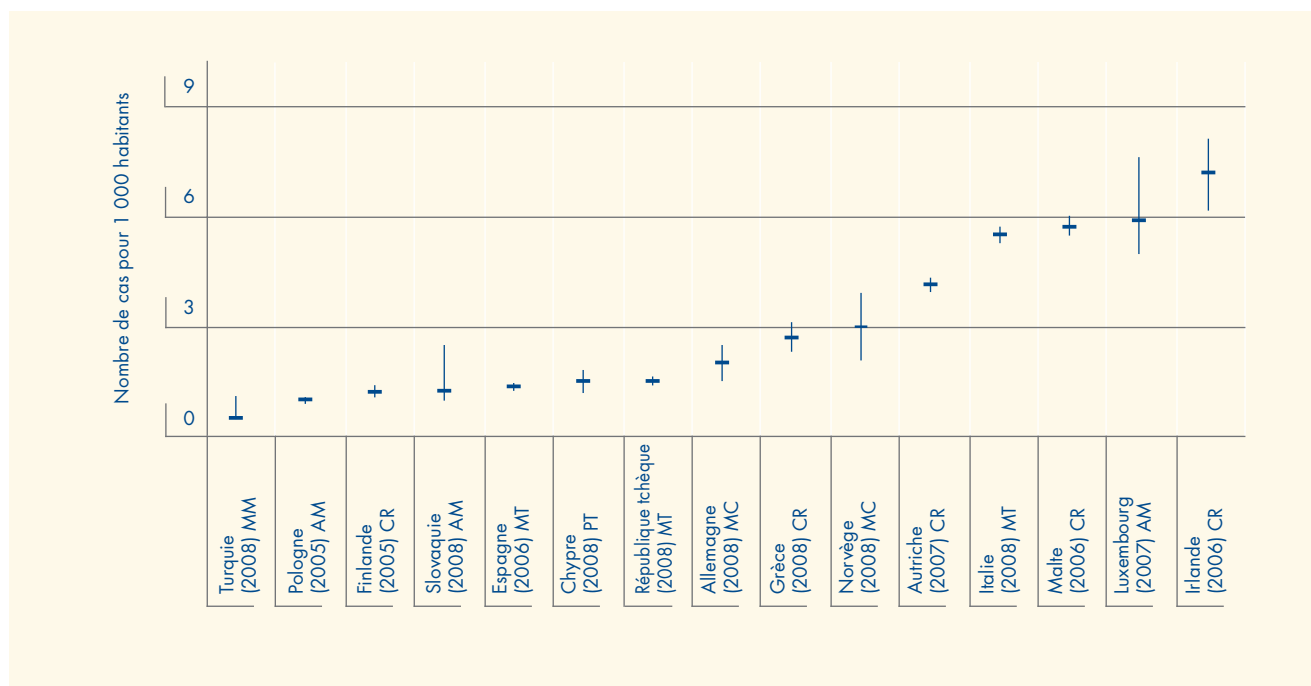
injection et la consommation d'opiacés, bien que, dans certains pays, les consommateurs d'amphétamines ou de cocaïne constituent également une proportion importante de ce phénomène. Du fait de la prévalence relativement faible et du caractère caché de l'usage problématique de drogue, il convient de procéder à des extrapolations statistiques pour estimer la prévalence à partir des sources disponibles (essentiellement les données sur les traitements et les données des autorités répressives). La plupart des pays sont en mesure de fournir des estimations spécifiques sur les «usagers d'opiacés à problèmes», mais il convient de noter que ces derniers sont souvent des polyconsommateurs et que les graphiques de prévalence sont souvent nettement plus élevés dans les zones urbaines et au sein de groupes exclus de la société.

Les estimations relatives à la prévalence de l'usage problématique d'opiacés en Europe au cours de la période 2003-2008 varient, grosso modo, entre 1 et 8 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (graphique 10); la prévalence générale de l'usage problématique de drogue est estimée entre 2 et 10 cas

pour 1 000. Les estimations bien documentées les plus élevées sur l'usage problématique d'opiacés sont fournies par l'Irlande, Malte, l'Italie et le Luxembourg, tandis que les plus faibles proviennent de République tchèque, de Chypre, de Lettonie, de Pologne et de Finlande (la République tchèque et la Finlande comptent de nombreux usagers d'amphétamines à problèmes). Seule la Turquie fait état de chiffres inférieurs à 1 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés dans l'Union européenne et en Norvège est comprise, selon les estimations, entre 3,6 et 4,4 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Cela représente environ 1,35 million (de 1,2 à 1,5 million) d'usagers d'opiacés à problèmes dans l'Union européenne et en Norvège en 2008 ⁽¹⁰⁾. Cette estimation englobe les consommateurs suivant un traitement de substitution, mais les détenus, en particulier ceux condamnés à des peines d'emprisonnement plus longues, pourraient être sous-représentés dans cette estimation.

Graphique 10 — Estimations de la prévalence annuelle de l'usage problématique d'opiacés (chez les 15-64 ans)



NB: Un trait horizontal indique une estimation de pourcentage; un trait vertical indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et des sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âge non standards ont été utilisées dans les études émanant de Finlande (15-54 ans), de Malte (12-64 ans) et de Pologne (tous les âges). Ces trois estimations ont été ajustées à la population âgée de 15 à 64 ans. Pour l'Allemagne, l'intervalle représente la limite supérieure et la limite inférieure de toutes les estimations existantes, et l'estimation de pourcentage est une simple moyenne des points médians. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; PT = poisson tronqué; AM = autres méthodes. Voir le graphique PDU-1 (partie ii) et le tableau PDU-102 du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹⁰⁾ Cette estimation a été ramenée de 1,4 à 1,35 million sur la base de nouvelles données. En raison de l'intervalle de confiance important et du fait que l'estimation est basée sur les données d'années différentes, il n'est pas possible de conclure à une baisse de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés en Europe.

Consommateurs d'opiacés sous traitement

Les opiacés sont toujours cités comme drogue primaire par la majorité (53 %) des personnes admises en traitement spécialisé en 2008 en Europe, l'héroïne étant citée par 48 % de tous les patients ⁽¹⁰²⁾. Toutefois, il existe en Europe des différences considérables dans la proportion des toxicomanes admis en traitement pour des problèmes liés à ces drogues, les consommateurs d'opiacés représentant plus de 90 % des personnes admises en traitement en Bulgarie, en Estonie et en Slovénie, entre 50 et 90 % dans 15 pays et entre 10 et 49 % dans neuf autres ⁽¹⁰³⁾. En plus des quelque 200 000 patients traités comme consommateurs primaires d'opiacés en 2008, 47 000 consommateurs d'autres drogues ont cité les opiacés comme drogue secondaire ⁽¹⁰⁴⁾.

De nombreux consommateurs d'opiacés sont inscrits dans des programmes de soins de longue durée, en particulier des traitements de substitution. Cette situation est illustrée par la proportion supérieure de consommateurs primaires d'opiacés parmi les toxicomanes déjà en traitement des années précédentes. Une analyse récente des données fournies par neuf pays a montré que les consommateurs primaires d'opiacés représentaient 61 % des patients en traitement, mais 38 % seulement des patients admis en traitement pour la première fois ⁽¹⁰⁵⁾.

Tendances de l'usage problématique d'opiacés

En raison du nombre limité d'estimations répétées de l'incidence et de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés et de l'incertitude statistique qui entoure les estimations individuelles, il est difficile de suivre les tendances dans le temps. Les données de huit pays ayant procédé à des estimations répétées de la prévalence au cours de la période 2003-2008 suggèrent toutefois une situation relativement stable. Une augmentation apparente observée en Autriche jusqu'en 2005 n'a pas été confirmée par les estimations les plus récentes, qui sont aujourd'hui inférieures à leur niveau de 2003. L'Irlande a fait état d'une augmentation entre 2001 et 2006, moins prononcée à Dublin (21 %) qu'en dehors de la capitale (164 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

Lorsque des estimations mises à jour et adéquates sur l'incidence et la prévalence de l'usage problématique d'opiacés ne sont pas disponibles, il est encore possible

d'analyser les tendances dans le temps en utilisant des données provenant d'autres indicateurs, essentiellement indirects, tels que les demandes de traitement. Sur la base d'un échantillon de dix-neuf pays, le nombre total de consommateurs primaires d'héroïne entamant un traitement et des patients commençant un traitement pour la première fois a augmenté entre 2003 et 2008 ⁽¹⁰⁷⁾. En se centrant sur une période plus récente, le nombre de consommateurs primaires d'opiacés entamant un traitement a augmenté dans 11 pays entre 2007 et 2008. Pour les patients admis en traitement pour la première fois, la tendance générale à la hausse s'est tassée en 2008, même si six pays rapportent toujours des chiffres en augmentation ⁽¹⁰⁸⁾.

Les données relatives aux décès dus à la drogue en 2008, qui sont le plus souvent associés à la consommation d'opiacés, ne fournissent aucune indication sur un éventuel retour de la tendance à la baisse observée jusqu'en 2003 (voir chapitre 7). Plus de la moitié des pays déclarants ont enregistré une hausse du nombre de décès dus à la drogue entre 2007 et 2008 ⁽¹⁰⁹⁾. Le nombre de saisies d'héroïne en Europe connaît également une hausse depuis 2003, mais les volumes saisis ont baissé dans l'Union européenne. Après une courbe descendante, la hausse signalée l'an dernier des infractions liées à l'héroïne est désormais confirmée et on relève une augmentation dans la plupart des pays européens fournissant des données suffisantes pour la période 2003-2008.

Le système français Trends, qui repose sur des données à la fois quantitatives et qualitatives, fait état d'une diffusion de la consommation d'héroïne et d'opiacés auprès de nouveaux groupes d'utilisateurs, y compris des personnes socialement intégrées et des participants à des soirées «techno». D'autres études qualitatives (Eisenbach-Stangl e.a., 2009) ont également mentionné un faible pourcentage de consommateurs d'héroïne parmi des échantillons ciblés de personnes socialement intégrées. Ces personnes peuvent être des consommateurs expérimentaux ou des individus capables de contrôler leur consommation de drogue (Shewan et Dalgarno, 2005; Warburton e.a., 2005).

Les données disponibles suggèrent que la tendance à la baisse des indicateurs relatifs aux opiacés observée jusqu'en 2003 s'est tassée. Cette évolution est peut-être

⁽¹⁰²⁾ Voir le graphique TDI-2 (partie ii) et les tableaux TDI-5 et TDI-113 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁰³⁾ Voir le tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁰⁴⁾ Voir le tableau TDI-22 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Voir le tableau TDI-38 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Voir les tableaux PDU-6 (partie iii) et PDU-102 du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations sur les études, y compris les intervalles de confiance.

⁽¹⁰⁷⁾ Voir les graphiques TDI-1 et TDI-3 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ Certaines variations dans le temps peuvent résulter de changements dans la couverture des données ou dans la disponibilité des traitements, et les tendances générales peuvent être fortement influencées par l'Italie et le Royaume-Uni, qui déclarent les chiffres les plus élevés de nouveaux patients traités pour une dépendance à l'héroïne.

Voir les tableaux TDI-3 et TDI-5 des bulletins statistiques 2009 et 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ Voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2010.

plus visible depuis 2003 à travers les saisies et les décès dus à la drogue et, après 2004, à travers les nouvelles demandes de traitement pour dépendance à l'héroïne. Ces changements se sont produits parallèlement à l'augmentation de la production d'opium en Afghanistan jusqu'en 2007, de sorte que l'on peut se demander avec inquiétude si ces événements peuvent être liés dans un contexte de disponibilité croissante de l'héroïne sur le marché européen.

Consommation de drogue par voie intraveineuse

Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés à des problèmes de santé liés à leur consommation de drogue, tels que les infections

Usage problématique d'opiacés et injection de drogue dans les pays voisins de l'Union européenne

Parmi les pays voisins de l'Union européenne, la Russie compte la plus importante population de consommateurs d'opiacés, les estimations oscillant entre 1,6 et 6 millions de consommateurs (ONU DC, 2005). Une étude récente fondée sur une méthode de multiplicateur de traitements — l'une des méthodes recommandées par l'OEDT — a fourni une estimation de 1,68 million d'usagers d'opiacés à problèmes, soit 16 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans (ONU DC, 2009). Le Service fédéral russe de contrôle de la drogue estime que 10 000 héroïnomanes décèdent d'une surdose chaque année (OICS, 2010b). La deuxième population la plus importante de consommateurs d'opiacés aux frontières de l'Union européenne est probablement située en Ukraine, avec des estimations comprises entre 323 000 et 423 000 consommateurs d'opiacés. Cela représente 10 à 13 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans (ONU DC, 2009). L'Albanie, le Belarus et la Moldavie ont également signalé des hausses de la consommation d'opiacés à l'ONU DC en 2008.

Pour 2007, on estime qu'il pouvait y avoir 1 825 000 usagers de drogue par voie intraveineuse en Russie (17,8 pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans) et 375 000 en Ukraine (11,6 pour 1 000), dont près de 40 % seraient séropositifs dans les deux pays (Mathers e.a., 2008). Le taux de nouveaux cas d'infection au VIH parmi les usagers de drogue par injection est également sensiblement plus élevé en Russie (79 par million en 2006) et en Ukraine (153 par million en 2006) que dans d'autres pays et régions du monde, comme l'Australie, le Canada, les États-Unis et l'Union européenne (Wiessing e.a., 2009).

hématogènes (comme le VIH/SIDA ou l'hépatite), ou à des décès par surdose. Dans la plupart des pays européens, l'injection est couramment associée à la consommation d'opiacés, bien que dans quelques pays, elle aille de pair avec la consommation d'amphétamines. Seuls quatorze pays ont été en mesure de fournir des estimations récentes sur la prévalence de la consommation de drogue par injection⁽¹¹⁰⁾, en dépit de son importance pour la santé publique. L'amélioration du niveau d'information disponible sur cette population particulière demeure donc un défi important pour le développement de systèmes de vigilance sanitaire en Europe.

Les estimations disponibles suggèrent des écarts considérables entre les pays dans la prévalence de la consommation de drogue par injection. Les estimations oscillent entre moins de 1 à 5 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans dans la plupart des pays, à l'exception d'un taux exceptionnellement élevé de 15 cas pour 1 000 en Estonie. Si l'on exclut ce pays comme une observation aberrante, la moyenne pondérée se situe aux alentours de 2,6 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans⁽¹¹¹⁾, un chiffre qui, si on l'extrapolé à la population de l'Union européenne, donnerait entre 750 000 et 1,1 million de consommateurs actifs de drogue par injection. Le nombre d'anciens usagers de drogue par voie intraveineuse est probablement supérieur (Sweeting e.a., 2008), mais n'est pas connu dans la majorité des États membres de l'UE.

L'injection est souvent citée comme mode habituel d'administration des consommateurs d'opiacés qui entament un traitement. C'est le cas de plus de la moitié des patients dépendant aux opiacés dans 16 pays, de 25 à 50 % de ces patients dans six pays et de moins de 25 % dans cinq autres pays. Les taux les plus bas d'usagers par voie intraveineuse parmi les opiomanes entamant un traitement sont enregistrés par les Pays-Bas (5 %) et l'Espagne (19 %), tandis que les plus élevés sont rapportés par la Lituanie (99 %), la Roumanie (95 %), l'Estonie (91 %) et la Slovaquie (86 %)⁽¹¹²⁾.

Il est difficile de tirer des conclusions sur l'évolution dans le temps de la prévalence de l'injection de drogue en raison du manque de données et des larges intervalles de confiance des estimations. Les données disponibles suggèrent toutefois une situation stable en République tchèque, en Grèce, à Chypre et en Norvège⁽¹¹³⁾. Une baisse statistiquement significative a été observée au Royaume-Uni entre 2004 et 2006. Parmi les

⁽¹¹⁰⁾ Voir le graphique PDU-2 du bulletin statistique 2010.

⁽¹¹¹⁾ La moyenne pondérée s'élève à 0,26 % avec une fourchette d'incertitude (moyennes pondérées aux limites inférieures ou supérieures des estimations nationales) comprise entre 0,23 et 0,30 %, soit une estimation de 886 606 (788 778 à 1 040 852) personnes pour 2008. Cette estimation doit être prise avec prudence, dans la mesure où elle repose sur les données disponibles pour seulement 12 des 27 États membres de l'Union et la Norvège.

⁽¹¹²⁾ Voir le tableau TDI-5 du bulletin statistique 2010.

⁽¹¹³⁾ Voir le tableau PDU-6 (partie iii) du bulletin statistique 2010.

consommateurs d'héroïne qui entament un traitement, la proportion des usagers par voie intraveineuse a globalement diminué ces dernières années, avec des baisses statistiquement significatives entre 2002 et 2007 dans 13 pays. Au cours de la même période, seuls trois pays ont mentionné une hausse (Bulgarie, Lituanie, Slovaquie) ⁽¹¹⁴⁾. Globalement, la proportion des usagers pratiquant l'injection est également légèrement plus basse parmi les consommateurs d'opiacés entamant un traitement pour la première fois (38 %) que parmi l'ensemble des consommateurs d'opiacés en traitement (42 %). C'est le cas dans vingt des vingt-trois pays déclarants. Une analyse plus approfondie de la prévalence et des tendances de la consommation de drogue par injection est présentée par ailleurs (OEDT, 2010c).

Traitement de l'usage problématique d'opiacés

Les données rassemblées par l'indicateur des demandes de traitement de l'OEDT peuvent servir à décrire les caractéristiques d'un sous-groupe important d'usagers de drogue admis en traitement et, plus particulièrement, de ceux qui ont été admis dans des centres de traitement spécialisés au cours de l'année.

L'âge moyen des patients traités pour consommation primaire d'opiacés en ambulatoire est de 34 ans, les femmes et les patients entamant un traitement pour la première fois étant en moyenne plus jeunes ⁽¹¹⁵⁾. Presque tous les pays mentionnent une augmentation de l'âge moyen des patients dépendant aux opiacés depuis 2003. Dans l'ensemble, le ratio hommes/femmes parmi les patients traités pour dépendance aux opiacés en ambulatoire est de 3,5 pour 1, bien que les femmes soient plus nombreuses dans les pays nordiques (Suède et Finlande, par exemple) et moins nombreuses dans les pays méridionaux (Grèce, Espagne, Italie, par exemple) ⁽¹¹⁶⁾.

Les consommateurs d'opiacés admis en traitement présentent un taux de chômage plus élevé, un niveau d'instruction inférieur et une proportion plus importante de troubles psychiatriques que les patients mentionnant d'autres drogues primaires ⁽¹¹⁷⁾. La quasi-totalité des consommateurs d'opiacés admis en traitement déclarent avoir commencé avant l'âge de 30 ans et environ la moitié avant l'âge de 20 ans. Un délai moyen d'une dizaine d'années s'écoule entre la première prise d'opiacés et le premier contact avec un traitement pour toxicomanie ⁽¹¹⁸⁾.

Offre de traitement et couverture

Les traitements destinés aux consommateurs d'opiacés sont principalement dispensés dans des structures ambulatoires, notamment des centres spécialisés, des cabinets de médecine générale et des services à bas seuil (voir le chapitre 2). Dans certains pays, les centres hospitaliers sont un élément important du système de traitement de la toxicomanie, notamment en Bulgarie, en Grèce, en Lettonie,

Consommation d'opiacés non injectables

Depuis la stabilisation ou le recul de l'injection d'opiacés dans plusieurs pays européens, l'attention s'est centrée sur d'autres modes d'administration, soit en inhalant la substance sous la forme de vapeur chaude (*chasing*, fumer) ou de poudre (renifler, sniffer), soit en l'ingérant. Rares sont les pays qui ont fourni des estimations des populations de consommateurs d'opiacés non injectables, et seule la Norvège a produit des chiffres récents. En 2008, on estimait que fumer était le seul mode d'administration de la drogue chez 1 450 consommateurs d'héroïne, soit environ 15 % de toute la population d'héroïnomanes en Norvège. Les données relatives aux consommateurs admis dans des services spécialisés de traitement de la toxicomanie confirment la présence de groupes significatifs d'usagers qui fument ou sniffent la drogue au sein des populations qui consomment des opiacés dans certains pays. Ainsi, entre la moitié et les trois quarts des consommateurs primaires d'opiacés entamant un traitement ambulatoire en Belgique, en Irlande, en Espagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni déclarent fumer ou sniffer la drogue comme principal mode d'administration de la drogue. Sniffer est le principal mode d'administration d'environ un tiers des patients dépendants aux opiacés en Autriche et de la moitié des patients en Grèce et en France ⁽¹⁾.

Le choix du mode d'administration dépend de plusieurs facteurs, comme son efficacité, la pression de l'environnement social, l'inquiétude par rapport aux conséquences pour la santé (Bravo e.a., 2003) et le type d'opiacés consommés. Ainsi, l'héroïne brune la plus répandue (une forme chimique de base), provenant essentiellement d'Afghanistan, est surtout fumée. L'héroïne blanche (une forme de sel), qui provient généralement d'Asie du Sud-Est, peut être sniffée sous forme de poudre; elle peut aussi être dissoute dans de l'eau froide sans additifs et injectée, mais, lorsqu'elle est fumée, elle n'est pas très efficace. Les médicaments de substitution aux opiacés sont généralement administrés sous forme liquide plutôt qu'en comprimés ou peuvent être ajoutés à des substances qui réduisent ou modifient les effets de la drogue lorsqu'elle est injectée.

(1) Voir le tableau TDI-17 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

⁽¹¹⁴⁾ Voir le tableau PDU-104 du bulletin statistique 2010.

⁽¹¹⁵⁾ Voir les tableaux TDI-10, TDI-32 et TDI-103 du bulletin statistique 2010.

⁽¹¹⁶⁾ Voir les tableaux TDI-5 et TDI-21 du bulletin statistique 2010.

⁽¹¹⁷⁾ Voir aussi le chapitre 2.

⁽¹¹⁸⁾ Voir les tableaux TDI-11, TDI-33, TDI-107 et TDI-109 du bulletin statistique 2010.

en Pologne, en Roumanie, en Finlande et en Suède ⁽¹¹⁹⁾. L'éventail d'options disponibles en Europe pour le traitement de la dépendance aux opiacés est large et de plus en plus différencié, mais leur accessibilité et leur couverture sont très variables sur le plan géographique. Des traitements de la dépendance aux opiacés basés sur le sevrage et sur la substitution sont disponibles dans tous les États membres de l'UE, en Croatie et en Norvège. En Turquie, le recours à un traitement de substitution est actuellement à l'étude.

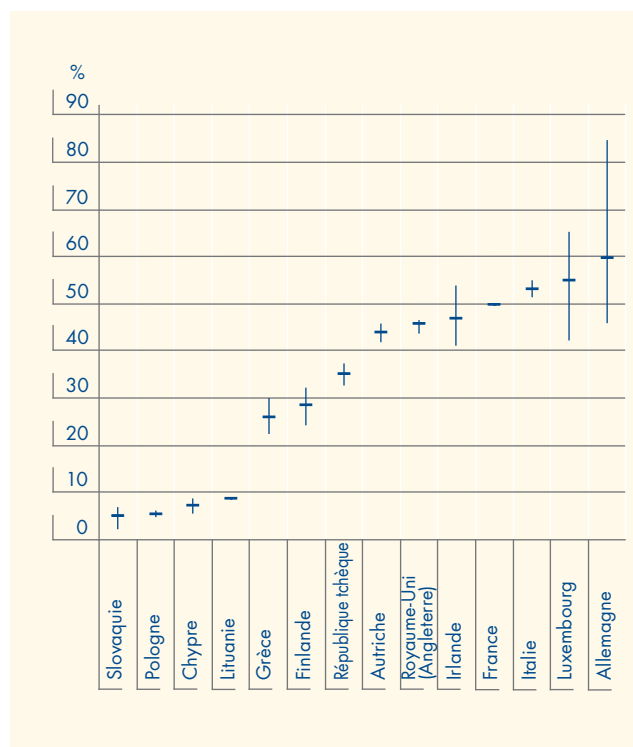
Le traitement par sevrage est une approche thérapeutique qui exige généralement des personnes qu'elles s'abstiennent de consommer toute substance, y compris des médicaments de substitution. Les patients participent à des activités quotidiennes et reçoivent un soutien psychologique intensif. Si le sevrage peut se faire en milieu hospitalier ou dans une structure ambulatoire, les États membres font le plus souvent référence à des programmes d'hébergement qui appliquent des principes de communautés thérapeutiques ou le modèle Minnesota. La France et la République tchèque procèdent actuellement à des évaluations des communautés thérapeutiques et les résultats sont attendus en 2010. Dans le cadre du plan d'action français, la disponibilité de ce type de traitement devrait s'étendre. Les communautés thérapeutiques constituent la principale modalité de traitement de la toxicomanie en Pologne. Cependant, pour des raisons économiques et en raison de l'évolution du profil des patients, la durée des programmes de traitement se raccourcit progressivement. Enfin, la Croatie et le Portugal ont récemment élaboré des lignes directrices pour les communautés thérapeutiques.

Les traitements de substitution, généralement intégrés dans un programme d'aide psychosociale, sont habituellement dispensés dans des centres ambulatoires spécialisés. Treize pays signalent que le traitement de substitution est également dispensé par des médecins généralistes, dans le cadre de structures d'entraide avec des centres thérapeutiques spécialisés. Les médecins généralistes peuvent obtenir de meilleurs résultats que les centres spécialisés en termes de maintien en traitement, de taux d'abstinence et de consommation concurrente d'autres substances. Tel est le résultat d'une étude naturaliste menée en Allemagne sur 2 694 patients recevant un traitement de substitution (Wittchen e.a., 2008). D'autres études ont montré que la mise en place d'un traitement de substitution dans des structures de santé primaire est non seulement faisable, mais peut également présenter un ratio coût/efficacité positif (Gossop e.a., 2003; Hutchinson e.a., 2000).

Le nombre total de consommateurs d'opiacés recevant un traitement de substitution dans l'Union européenne, en Croatie et en Norvège ne cesse d'augmenter, passant de 650 000 en 2007 à 670 000 patients en 2008 ⁽¹²⁰⁾, contre un demi-million environ en 2003. Le nombre de patients s'est légèrement accru dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, mais les membres qui ont rejoint l'UE après 2004 ne représentent toujours qu'environ 2 % du nombre total de patients suivant un traitement de substitution dans l'Union européenne ⁽¹²¹⁾.

Une simple comparaison du nombre de patients recevant un traitement de substitution et du nombre estimé d'usagers d'opiacés à problèmes suggère qu'environ 50 % bénéficient d'un traitement. Cependant, la couverture varie considérablement d'un pays à l'autre, avec des taux inférieurs à 40 % dans 7 des 14 pays pour lesquels des estimations du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes sont disponibles et à 10 % dans quatre de ces pays (voir le graphique 11). Néanmoins, dans l'Union européenne, on peut estimer que deux usagers d'opiacés à problèmes sur trois vivent dans des pays où la couverture des traitements de substitution est élevée ⁽¹²²⁾.

Graphique 11 — Pourcentage estimé des usagers d'opiacés à problèmes suivant un traitement de substitution



NB: Voir le graphique HSR-1 du bulletin statistique 2010 pour de plus amples informations.
Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹¹⁹⁾ Voir le tableau TDI-24 du bulletin statistique 2010.

⁽¹²⁰⁾ Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2010.

⁽¹²¹⁾ Voir le graphique HSR-2 du bulletin statistique 2010.

⁽¹²²⁾ Ces estimations doivent être prises avec prudence dans la mesure où les séries de données manquent toujours de précision.

La majorité des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone (70 à 75 %), mais le nombre de pays où elle est la seule substance disponible recule. La buprénorphine à haute dose est désormais prescrite dans tous les États membres de l'UE, à l'exception de quatre (Bulgarie, Espagne, Hongrie, Pologne) et est utilisée dans 20 à 25 % des traitements de substitution dispensés en Europe et dans plus de 50 % des cas en République tchèque, en France, à Chypre, en Lettonie, en Suède et en Croatie. En France, où la buprénorphine a toujours été privilégiée, la méthadone est désormais de plus en plus prescrite aux patients suivant un traitement de substitution. La combinaison buprénorphine-naloxone, approuvée en 2006 par l'Agence européenne des médicaments, a été introduite dans quatorze pays. D'autres options, ne représentant qu'un faible pourcentage des traitements de substitution, sont la morphine à libération lente (Bulgarie, Autriche, Slovaquie), la codéine (Allemagne, Chypre, Autriche) et la diacétylmorphine (héroïne). La prescription d'héroïne est devenue une option de traitement institutionnalisée au Danemark, en Allemagne et aux Pays-Bas; elle existe aussi en Espagne et au Royaume-Uni et des projets pilotes sont en préparation en Belgique et au Luxembourg.

Accès au traitement

L'accessibilité des traitements de substitution aux opiacés dépend de la réglementation applicable à leur offre et à leur fourniture. Les cadres juridiques peuvent autoriser les médecins généralistes (Belgique, République tchèque, Danemark, Allemagne, France, Italie, Chypre, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Croatie) ou les médecins spécifiquement formés ou habilités (Allemagne, Irlande, Luxembourg, Autriche, Slovaquie, Norvège) à prescrire un ou plusieurs produits de substitution. Dans d'autres pays (Bulgarie, Estonie, Grèce, Espagne, Lituanie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Finlande, Suède), seuls les centres de traitement spécialisés peuvent dispenser des traitements de substitution.

Dans la majorité des pays européens, les médicaments de substitution peuvent être délivrés par des médecins généralistes, des pharmacies ou des unités mobiles de proximité. Ce n'est toutefois pas le cas en Bulgarie, en Estonie, en Grèce, en Lituanie, en Pologne et en Slovaquie, où seuls les centres de traitement spécialisés sont habilités à délivrer ces médicaments. La buprénorphine à haute dose peut être délivrée par tous les médecins généralistes en République tchèque ou par toute pharmacie en Lettonie. En Roumanie, en Hongrie et en Finlande, les pharmacies ne sont habilitées qu'à délivrer la combinaison buprénorphine-naloxone. Ce médicament n'étant

disponible que depuis peu et étant onéreux en Hongrie et en Roumanie, il semble que seul un petit nombre de patients en bénéficient dans ces deux pays.

Des informations ont été récemment recueillies sur le coût des médicaments de substitution aux opiacés. Sur les 26 pays déclarants, 17 ont indiqué que les médicaments (essentiellement la méthadone) sont gratuits, à moins que le traitement ne soit dispensé par des prestataires privés. En Belgique et au Luxembourg, le patient ne doit payer une partie du coût des médicaments que lorsqu'ils sont prescrits par un médecin généraliste. En République tchèque, en Lettonie, au Portugal, en Hongrie et en Finlande, le traitement à la méthadone est gratuit, mais la combinaison buprénorphine-naloxone est payée en tout ou en partie par le patient. En Lettonie, par exemple, le coût mensuel d'une dose journalière de 8 mg de buprénorphine avoisine les 250 euros. La méthadone est généralement moins chère que les autres produits de substitution ayant une efficacité similaire, comme la buprénorphine (OMS, 2009), ce qui explique partiellement pourquoi de nombreux régimes nationaux d'assurance santé autorisent le remboursement complet de la méthadone de préférence à d'autres médicaments de substitution. Des médicaments génériques de la buprénorphine à haute dose, qui sont moins chers, sont disponibles en France depuis 2006. Dans ce pays, ils sont prescrits à quelque 30 000 patients (30 % de tous les patients traités à la buprénorphine).

Les informations sur les coûts, la fourniture de traitements de substitution et la délivrance de médicaments de substitution font apparaître des disparités régionales en Europe. Les pays du nord et de l'est de l'Europe suivent généralement une approche plus ciblée et avec un seuil d'accès plus élevé, tandis que de nombreux pays d'Europe de l'Ouest appliquent une approche multisites et à bas seuil. Ces différences peuvent traduire des modèles de soins différents, la priorité étant donnée dans certains pays à l'abstinence et aux approches psychosociales et dans d'autres à la stabilisation et au maintien des patients en traitement ainsi qu'à des approches de réduction des risques.

Efficacité et qualité des traitements

Le traitement de substitution aux opiacés, associé à des interventions psychosociales, a été considéré comme l'option la plus efficace pour les usagers d'opiacés. Par rapport à la désintoxication ou à l'absence totale de traitement, les traitements à la méthadone ou à la buprénorphine à haute dose affichent des résultats sensiblement supérieurs en ce qui concerne

Un numéro de *Insights* consacré au traitement de la dépendance assisté par héroïne

Un traitement assisté par héroïne est actuellement administré à quelque 1 500 usagers chroniques d'opiacés à problèmes dans cinq États membres de l'UE. La plupart de ces pays, ainsi que le Canada et la Suisse, ont procédé à des études expérimentales afin d'évaluer les résultats de ce type de traitement. En 2011, avec l'aide d'une équipe de chercheurs et de cliniciens internationaux, l'OEDT publiera une étude sur ce type de traitement, qui passera en revue les preuves scientifiques accumulées ces dernières années. Le numéro de *Insights* examinera également le développement, la délivrance opérationnelle et les pratiques cliniques du traitement assisté par héroïne et détaillera certains des enjeux liés à sa mise en œuvre. Un ensemble de normes minimales de qualité sera également proposé.

la consommation de drogue, la délinquance, les comportements à risque et la transmission du VIH, les surdoses et la mortalité globale, ainsi que des taux plus élevés de maintien en traitement (OMS, 2009).

Les résultats du sevrage aux opiacés sont généralement médiocres à long terme (Mattick e.a., 2009), mais cette approche peut aider les patients, s'ils font le choix en toute connaissance de cause de suivre ce type de traitement. Dans les centres hospitaliers ou de traitement ambulatoire, la désintoxication s'effectue en diminuant les doses de méthadone ou de buprénorphine (les traitements privilégiés) ou d'agonistes alpha-2. Des techniques de sevrage accéléré utilisant des antagonistes des opiacés en combinaison avec de fortes doses de sédatifs ne sont pas recommandées pour des raisons de sécurité (Gowing e.a., 2010). Après un sevrage aux opiacés, il conviendrait de conseiller aux patients qui sont déterminés à s'abstenir de consommer des opiacés d'envisager la naltrexone afin d'éviter les rechutes.

La combinaison de buprénorphine et de naloxone (commercialisée sous le nom de Suboxone) a été mise au point pour éviter l'injection de buprénorphine. Son efficacité dans la prévention de l'usage de buprénorphine par voie intraveineuse n'est toutefois pas encore démontrée (Bruce e.a., 2009, Simojoki e.a., 2008).



Chapitre 7

Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

Introduction

La consommation de drogue peut avoir des répercussions négatives très diverses, comme des accidents, des troubles mentaux, des affections pulmonaires, des problèmes cardiovasculaires, le chômage ou la perte du logement. Ces conséquences néfastes sont particulièrement présentes chez les usagers de drogue à problèmes, dont l'état de santé général et la situation socio-économique peuvent être sensiblement inférieurs à ceux de la population générale.

La consommation d'opiacés et l'injection de drogue sont deux modes de consommation de drogue étroitement associées à ces risques, notamment ceux de surdoses et de transmission de maladies infectieuses. Le nombre total de surdoses mortelles déclarées dans l'Union européenne au cours des vingt dernières années équivaut à une mort par surdose toutes les heures. La recherche montre également qu'au cours de cette période, un nombre important de toxicomanes sont décédés d'autres causes, comme le sida ou le suicide.

L'objectif central des politiques européennes de lutte contre la drogue est la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la consommation de drogue. Dans ce domaine, les efforts passent essentiellement par des interventions visant les groupes les plus vulnérables et ciblant les comportements directement associés aux risques liés à la drogue.

Maladies infectieuses liées à la drogue

Les maladies infectieuses, telles que le VIH et les hépatites B et C, comptent parmi les conséquences sanitaires les plus graves de la consommation de drogue. Même dans les pays où la prévalence du VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse est faible, d'autres maladies infectieuses, dont les hépatites A, B, C et D, les maladies sexuellement transmissibles, la

tuberculose, le tétanos, le botulisme, l'anthrax et le virus T-lymphotropique humain, peuvent affecter les toxicomanes hors de toute proportion. L'OEDT surveille de manière systématique la prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse ⁽¹²³⁾.

VIH et sida

À la fin de l'année 2008, l'incidence des nouveaux cas de VIH déclarés parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse est restée faible dans la plupart des pays de l'Union européenne et, dans l'ensemble, la situation de l'UE est relativement positive par rapport au contexte mondial (ECDC et OMS-Europe, 2009; Wiessing e.a., 2009). Cela peut être dû, au moins en partie, à la disponibilité plus grande des mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques, dont les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues (Wiessing e.a., 2009). D'autres facteurs, tels que le recul de la consommation de drogue par injection constaté dans certains pays, peuvent également avoir contribué à ce phénomène. Néanmoins, dans certaines régions d'Europe, les données laissent à penser que la transmission du VIH liée à la consommation de drogue par injection est restée relativement élevée en 2008, ce qui met en évidence la nécessité d'assurer la couverture et l'efficacité des méthodes de prévention locales.

Tendances de la contamination au VIH

Les données relatives aux nouveaux cas déclarés liés à la consommation de drogues injectables pour 2008 suggèrent que les taux d'infection continuent à chuter partout dans l'Union européenne, après le pic enregistré en 2001-2002 du fait d'épidémies en Estonie, en Lettonie et en Lituanie ⁽¹²⁴⁾. En 2008, le taux global de nouvelles infections rapportées chez les usagers de drogue par voie intraveineuse dans les 23 États membres de l'UE pour lesquels des données sont disponibles, était de 2,6 cas par

⁽¹²³⁾ Pour plus de détails sur les méthodes et les définitions, voir le bulletin statistique 2010.

⁽¹²⁴⁾ Ces dernières années, les procédures de signalement des infections au VIH ont changé, et les données sont désormais disponibles par année de diagnostic plutôt que par année de signalement (ECDC et OMS-Europe, 2009). Il en résulte des chiffres moins élevés dans certains pays, qui reflètent probablement avec plus d'exactitude l'incidence réelle du VIH (au Portugal, par exemple). Dans certains cas, cependant, les retards dans le signalement ont pu aboutir à une sous-estimation de l'incidence. Voir le tableau INF-104 du bulletin statistique 2010.

million d'habitants, contre 3,7 par million en 2007 ⁽¹²⁵⁾. Sur les quatre pays affichant les taux les plus élevés d'infections nouvellement diagnostiquées (Estonie, Lettonie, Lituanie, Portugal), tous ont poursuivi leur courbe descendante, avec un recul marqué en Estonie et en Lettonie (graphique 12). En Estonie, les chiffres sont passés de 86 cas par million d'habitants en 2007 à 27 en 2008 et en Lettonie, de 62 cas par million d'habitants en 2007 à 44 en 2008.

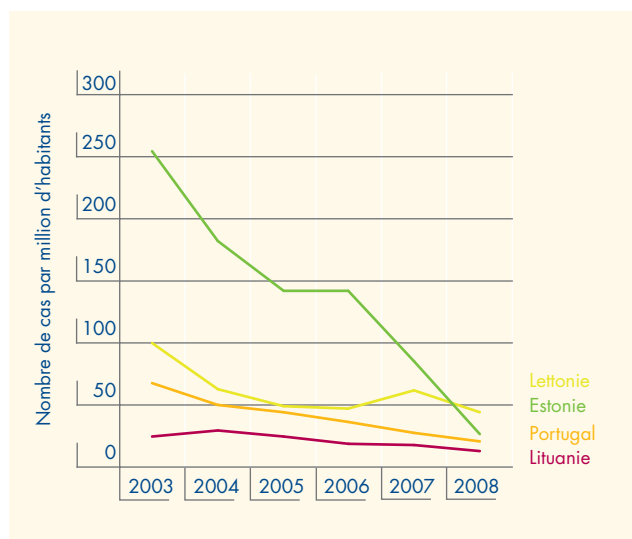
Dans l'ensemble, aucune augmentation marquée du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH n'a été observée chez les usagers de drogue par voie intraveineuse entre 2003 et 2008 et les taux signalés demeurent faibles. Toutefois, en Bulgarie, le taux des nouveaux cas d'infection s'est emballé, passant de 0 nouveau cas par million d'habitants en 2003 à 6,8 cas par million en 2008, tandis qu'en Suède, un pic de 6,7 cas a été constaté en 2007, ce qui donne à penser que les épidémies de VIH pourraient se poursuivre parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse.

Les tendances du suivi de la prévalence du VIH dans des échantillons d'usagers par injection complètent utilement les données issues du recensement des cas de VIH. Des données de prévalence sont disponibles dans 24 pays pour la période comprise entre 2003 et 2008 ⁽¹²⁶⁾. Dans seize pays, la prévalence du VIH est restée inchangée. Dans sept pays (Bulgarie, Espagne, France, Italie, Pologne, Portugal, Norvège), la prévalence du VIH a enregistré des baisses, fondées dans six pays sur des échantillons nationaux, tandis qu'en France, la tendance se fondait sur les données de cinq villes. Des hausses régionales ont été rapportées dans trois pays: la Bulgarie (Sofia), l'Italie (deux régions sur 21) et la Lituanie (Vilnius). On observe toutefois une tendance à la baisse du nombre de nouveaux cas d'infection au VIH chez les usagers de drogue par injection dans ces trois pays.

La comparaison entre les tendances en matière d'infections nouvellement déclarées liées à la consommation de drogue par injection et les tendances de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogue par injection suggère que l'incidence du VIH chez les usagers de drogue par injection est en recul au niveau national dans la plupart des pays.

Malgré une tendance à la baisse rapide, le taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués et déclarés en 2008 et liés à la consommation de drogue par injection reste élevé en Lettonie (44 cas par million d'habitants), en Estonie (27 cas), au Portugal (20,7 cas) et en Lituanie (12,5 cas), ce qui suggère que la transmission se poursuit chez les usagers de drogue par voie intraveineuse dans ces pays.

Graphique 12 – Tendances dans quatre États membres de l'UE présentant des taux élevés d'infections par le VIH récemment rapportées chez les usagers par injection



NB: Données rapportées à la fin d'octobre 2009.
Sources: ECDC et OMS-Europe.

Ces dernières années, d'autres indices de la poursuite de la transmission du VIH sont les niveaux de prévalence de plus de 5 % chez les jeunes usagers de drogue par voie intraveineuse (échantillons de 50 usagers par injection ou plus âgés de moins de 25 ans) dans plusieurs villes: Estonie (deux régions, 2005), France (cinq villes, 2006), Lettonie (une ville, 2007), Lituanie (une ville, 2006) et Pologne (une ville, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Bien qu'il faille faire preuve de prudence, dans la mesure où certains échantillons sont petits, les données font apparaître des augmentations statistiquement significatives de la prévalence du VIH chez les jeunes usagers de drogue par injection entre 2003 et 2008 en Belgique (Communauté flamande) et en Bulgarie, tandis que la Suède et l'Espagne ont observé une baisse de la prévalence dans cette population. Les données sur la prévalence du VIH chez les nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse (qui pratiquent l'injection depuis moins de deux ans) confirment également une baisse probable de la prévalence au sein de ce groupe en Suède ⁽¹²⁸⁾.

Incidence du sida et disponibilité de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART)

Bien qu'elles ne soient pas un bon indicateur de la transmission du VIH, les informations sur l'incidence du sida sont importantes, car elles témoignent des nouvelles manifestations de la maladie sous sa forme

⁽¹²⁵⁾ Aucune donnée nationale n'est disponible pour le Danemark, l'Espagne, l'Italie et l'Autriche.

⁽¹²⁶⁾ Voir le tableau INF-108 du bulletin statistique 2010.

⁽¹²⁷⁾ Voir le tableau INF-109 du bulletin statistique 2010.

⁽¹²⁸⁾ Voir le tableau INF-110 du bulletin statistique 2010.

symptomatique. Le fort taux d'incidence du sida peut indiquer que de nombreux usagers de drogue par injection infectés par le VIH ne reçoivent pas la thérapie antirétrovirale hautement active à un stade suffisamment précoce de leur infection pour en tirer un bénéfice optimal. Une étude récente confirme que c'est peut-être encore le cas dans plusieurs pays de l'UE (Mathers e.a., 2010).

L'Estonie est le pays présentant la plus forte incidence de sida liée à la consommation de drogue par injection. On estime ainsi à 30,6 le nombre de nouveaux cas par million d'habitants en 2008, contre 33,5 en 2007. Des taux d'incidence du sida relativement élevés sont également signalés en Lettonie, en Lituanie, au Portugal et en Espagne: 25,5, 10,7, 10,2 et 8,9 nouveaux cas par million d'habitants, respectivement. Parmi ces quatre pays, la tendance est au recul en Espagne et au Portugal, mais pas en Lettonie et en Lituanie ⁽¹²⁹⁾.

Épidémie d'anthrax parmi les consommateurs d'héroïne au Royaume-Uni et en Allemagne

L'anthrax est une maladie infectieuse aiguë provoquée par la bactérie *Bacillus anthracis*. Elle survient généralement chez les animaux sauvages et domestiques et est endémique dans un certain nombre de pays agricoles, mais elle est très rare en Europe.

En décembre 2009, une alerte faisant état d'une épidémie d'anthrax au sein des usagers de drogue par voie intraveineuse en Écosse a été lancée par le Royaume-Uni. Le 31 mai 2010, quarante-deux cas, dont treize décès, avaient été confirmés en Écosse, ainsi que trois autres (dont deux mortels) en Angleterre et deux (dont un mortel) en Allemagne. La souche d'anthrax trouvée en Allemagne et en Angleterre n'a pas pu être distinguée de celle détectée en Écosse, ce qui suggère fortement une source d'infection commune. Par ailleurs, étant donné que tous les cas signalés ont frappé des consommateurs d'héroïne, il est probable que la source ait été un lot d'héroïne contaminé. Cependant, aucune trace de spores d'anthrax n'a été décelée dans les échantillons d'héroïne analysés en Écosse à la fin du mois de mai 2010.

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'OEDT ont mené des évaluations conjointes des risques liés à cette épidémie. Des informations régulièrement mises à jour ont été diffusées et ont abouti à des rapports ultérieurs concernant des groupes de décès chez des toxicomanes d'autres pays. Il a toutefois été prouvé qu'ils n'étaient pas liés à l'infection à l'anthrax.

Hépatites B et C

Si seuls quelques États membres de l'UE sont concernés par une forte prévalence de la contamination au VIH, l'hépatite virale — et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) — est beaucoup plus répandue chez les usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe. Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogue par injection en 2007-2008 oscillent entre 12 et 85 %, huit pays sur douze faisant état de taux supérieurs à 40 % ⁽¹³⁰⁾. Trois pays (République tchèque, Hongrie, Slovaquie) déclarent une prévalence inférieure à 25 % dans les échantillons nationaux d'usagers de drogue par injection; toutefois, un taux d'infection de ce niveau reste un problème de santé public majeur.

À l'intérieur même des pays, les taux de prévalence du VHC peuvent varier considérablement, reflétant tant des différences régionales que les caractéristiques de la population considérée. Ainsi, en Italie, les estimations régionales oscillent entre 31 et 87 % (graphique 13).

De récentes études (2007-2008) mettent en évidence des variations importantes des niveaux de prévalence observés chez les jeunes usagers de drogue par injection et chez les usagers pratiquant l'injection depuis moins de deux ans, ce qui suggère des niveaux variables de l'incidence du VHC dans ces populations en Europe ⁽¹³¹⁾. Toutefois, ces études montrent également que de nombreux usagers de drogue par voie intraveineuse contractent le virus peu de temps après avoir commencé à s'injecter de la drogue. Cela implique qu'on ne dispose que d'un laps de temps très court pour mettre en place des mesures de prévention efficaces contre le VHC.

La prévalence des anticorps réagissant au virus de l'hépatite B (VHB) varie aussi considérablement, peut-être en partie en raison de différences dans les niveaux de vaccination, bien que d'autres facteurs puissent jouer un rôle. L'ensemble de données le plus complet pour le VHB est celui qui concerne l'anticorps de l'antigène nucléocapsidique de l'hépatite B (anti-HBc), dont la présence indique un antécédent d'infection. En 2007-2008, quatre des neuf pays fournissant des données sur l'incidence de ce virus chez les usagers de drogue par voie intraveineuse rapportaient une prévalence d'anti-HBc supérieure à 40 % ⁽¹³²⁾.

La prévalence du VHC est en baisse dans neuf pays et augmente dans trois autres, tandis que dans quatre pays supplémentaires, les séries de données affichent les

⁽¹²⁹⁾ Voir le graphique INF-1 et le tableau INF-104 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

⁽¹³⁰⁾ Voir le tableau INF-111 du bulletin statistique 2010.

⁽¹³¹⁾ Voir le graphique INF-6 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2010.

⁽¹³²⁾ Voir le tableau INF-115 du bulletin statistique 2010.

deux types de tendances, même si, dans certains cas, la prudence est de mise en raison de la taille limitée des échantillons ⁽¹³³⁾. Des études portant sur les jeunes usagers de drogue par injection (âgés de moins de 25 ans) suggèrent essentiellement un taux de prévalence stable et quelques tendances à la baisse, bien qu'une augmentation soit rapportée dans une région de Grèce (Attique). Cette situation est confirmée par les données relatives aux nouveaux usagers de drogue par injection (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans) en Grèce, tant dans l'Attique qu'au niveau national. Les données relatives aux nouveaux usagers par injection montrent également une hausse en Slovaquie, même si la taille des échantillons est limitée, et une baisse au Portugal (au niveau national) et en Suède (à Stockholm).

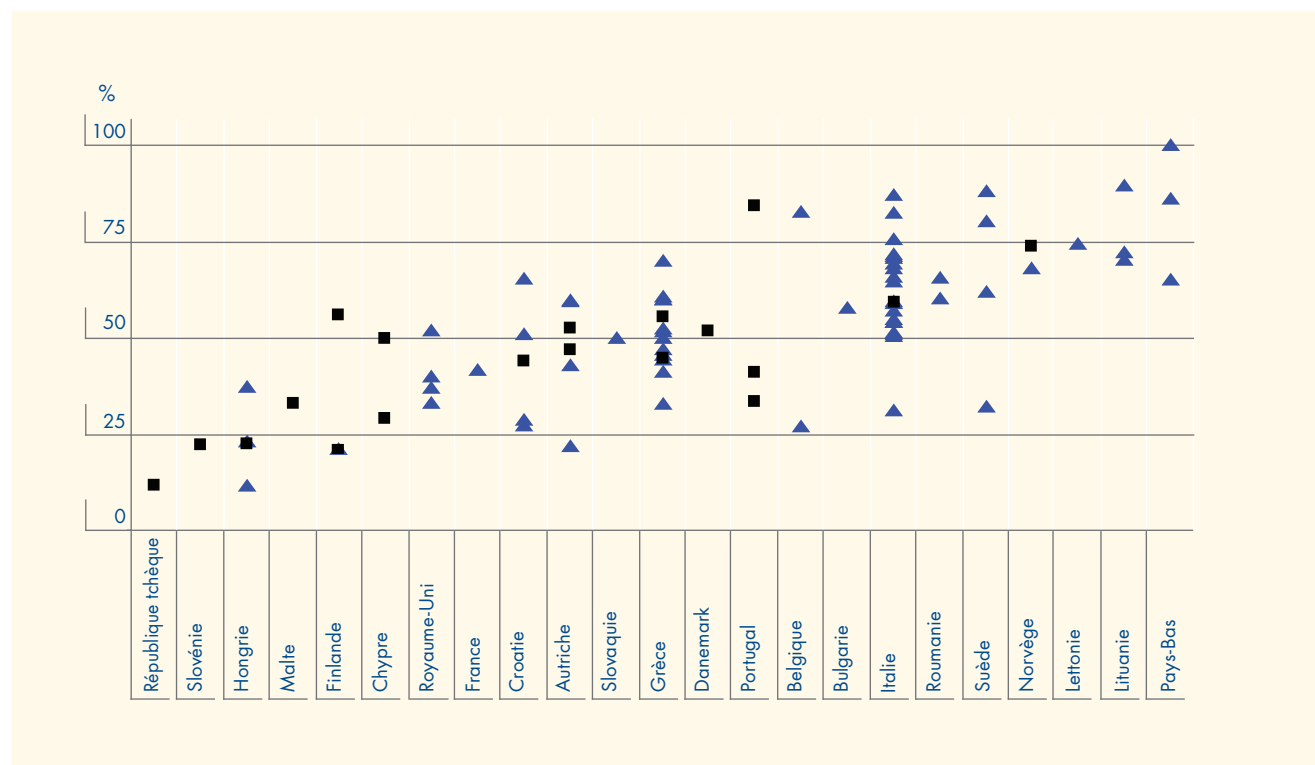
L'évolution dans le temps du nombre de cas déclarés d'hépatites B et C donne une image contrastée, dont l'interprétation est difficile en raison de la mauvaise qualité des données. Toutefois, la proportion d'usagers de drogue par injection dans tous les cas déclarés où les facteurs de risque sont connus apporte quelques éclaircissements sur l'épidémiologie de ces infections

(Wiessing e.a., 2008). Dans le cas de l'hépatite B, la proportion d'usagers de drogues injectables a diminué entre 2003 et 2008 dans huit pays sur dix-sept. S'agissant de l'hépatite C, la proportion d'usagers de drogues injectables parmi les cas déclarés a reculé dans six pays entre 2003 et 2008, mais a augmenté dans trois autres (République tchèque, Malte, Royaume-Uni) ⁽¹³⁴⁾.

Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées

La prévention des maladies infectieuses au sein de la population des consommateurs de drogue est un objectif de santé publique majeur de l'Union européenne et fait partie intégrante des politiques de lutte contre la drogue de la plupart des États membres. Les pays ont recours à une ou plusieurs des approches suivantes pour faire face à la propagation des maladies infectieuses chez les toxicomanes: traitement de la dépendance, en particulier le traitement de substitution aux opiacés; fourniture de matériel d'injection stérile et autre attirail; et activités communautaires axées sur l'information, l'éducation,

Graphique 13 — Prévalence des anticorps du VHC chez les usagers par injection



NB: Données relatives aux années 2007 et 2008. Les carrés noirs sont des échantillons à couverture nationale; les triangles bleus sont des échantillons à couverture infranationale (locale ou régionale). Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence en raison de différents types de paramètres et de méthodes d'analyse. Les stratégies nationales d'échantillonnage peuvent varier. Les pays sont présentés par ordre de prévalence croissante, sur la base de la moyenne des données nationales ou, si elles ne sont pas disponibles, de données infranationales. Pour de plus amples informations, voir le graphique INF-6 du bulletin statistique 2010.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹³³⁾ Voir le tableau INF-111 du bulletin statistique 2010.

⁽¹³⁴⁾ Voir les tableaux INF-105 et INF-106 du bulletin statistique 2010.

le dépistage et le comportement, souvent par l'intermédiaire de services de proximité et de structures à bas seuil ⁽¹³⁵⁾. Ces mesures, associées à la thérapie antirétrovirale et au diagnostic et au traitement de la tuberculose, ont été recommandées par les agences des Nations unies en tant qu'actions prioritaires pour la prévention du VIH et le traitement et les soins aux usagers de drogue par voie intraveineuse (OMS, ONUDC et Onusida, 2009).

En Europe, la disponibilité des traitements de la toxicomanie et des mesures de réduction des risques s'est considérablement développée depuis le milieu des années 1990. Le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange de seringues existent désormais dans tous les pays, à l'exception de la Turquie. Si la mise en place de ces interventions demeure limitée dans plusieurs pays, on estime qu'un usager d'opiacés à problèmes sur deux en Europe pourrait recevoir un traitement de substitution aux opiacés (voir le chapitre 6). Une récente étude (Kimber e.a., 2010) conclut qu'il est maintenant suffisamment démontré que ce type de traitement réduit la transmission du VIH et le comportement d'injection à risque autodéclaré; toutefois, les preuves d'une réduction de la transmission de l'hépatite C sont plus limitées. Une étude des cohortes réalisée à Amsterdam a toutefois conclu qu'une «participation complète» aux programmes d'échange de seringues et au traitement de substitution aux opiacés allait de pair avec une incidence sensiblement plus basse du VIH et du VHC chez les usagers de drogue par injection (Van den Berg e.a., 2007), tandis qu'une récente étude des cohortes conduite au Royaume-Uni a établi un lien entre le traitement de substitution aux opiacés et des baisses statistiquement significatives de l'incidence du VHC (Craine e.a., 2009).

Interventions

La priorité la plus souvent citée est l'accès à du matériel d'injection stérile. Les données relatives à la fourniture de seringues dans le cadre de programmes spécialisés d'échange de seringues en 2007-2008 sont disponibles pour tous les pays, à l'exception de quatre ⁽¹³⁶⁾. Ces données révèlent qu'environ 40 millions de seringues sont distribués chaque année dans le cadre de ces programmes. Cela équivaut à une moyenne de 80 seringues par consommateur estimé de drogue par injection dans les pays qui fournissent des données sur les seringues.

Le nombre moyen de seringues distribuées par an et par usager peut être calculé pour 13 pays européens

(graphique 14). Dans sept de ces pays, le nombre moyen de seringues distribuées par le biais des programmes spécialisés est inférieur à 100 par usager; cinq pays distribuent entre 140 et 175 seringues et la Norvège précise avoir distribué plus de 320 seringues par usager ⁽¹³⁷⁾. En ce qui concerne la prévention du VIH, les agences des Nations unies jugent faible la distribution de 100 seringues par an et par usager et élevée celle de 200 seringues par usager (OMS, ONUDC et Onusida, 2009).

Une étude récente du rapport coût/efficacité des programmes d'échange de seringues en Australie, où 30 millions de seringues sont distribués chaque année, estime que ces programmes ont évité plus de 32 000 cas d'infection par le VIH et près de 100 000 cas d'hépatite C depuis leur introduction en 2000 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Les nouvelles données de quatorze pays pour 2008 indiquent une augmentation de la fourniture de seringues aux consommateurs de drogue en Belgique (Communauté flamande), en République tchèque, en Estonie, en Hongrie, au Royaume-Uni (Irlande du Nord) et en Croatie, ce qui confirme les tendances précédentes. Des hausses ont également été enregistrées au Portugal et en Lituanie, où la tendance était auparavant à la baisse. La Grèce, la Roumanie et la Slovaquie ont déclaré une diminution par rapport à 2007, tout comme le Luxembourg et la Pologne, où la tendance à la baisse avait déjà été observée l'année précédente. À Chypre, les consommateurs de drogue n'ont pas eu recours au programme.

En Europe, les programmes d'échange de seringues proposent de plus en plus souvent divers autres articles en rapport avec l'injection (comme des bols de mélange) afin d'éviter qu'ils soient réutilisés par des personnes différentes. Ils fournissent également du matériel pouvant servir à d'autres modes de consommation de la drogue que l'injection, comme des pipes ou des feuilles d'aluminium, afin d'inciter les usagers par voie intraveineuse à cesser de s'injecter de la drogue. Un autre exemple de ce type d'interventions est donné par la République tchèque, où les infrastructures de services à bas seuil ont commencé à fournir aux consommateurs de méthamphétamine injectable des capsules en gélatine dure qui peuvent être remplies de drogue et avalées.

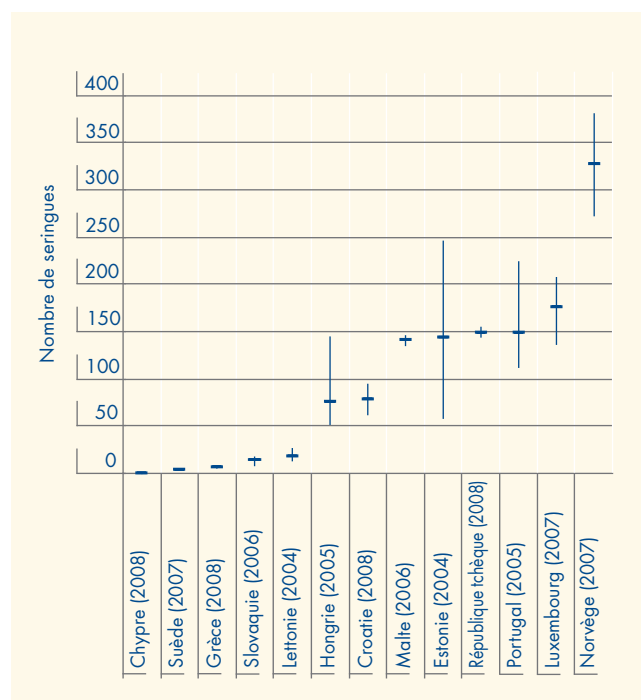
Des pays européens ont fait état de développements récents dans le diagnostic, la prévention et le traitement de l'hépatite chronique. Il s'agit notamment de l'adoption

⁽¹³⁵⁾ Pour de plus amples informations sur les priorités nationales et les niveaux de l'offre, voir le tableau HSR-6 du bulletin statistique 2009.

⁽¹³⁶⁾ Voir le tableau HSR-6 du bulletin statistique 2009 et le tableau HSR-5 du bulletin statistique 2010. Pour la période 2007-2008, les données sur le nombre de seringues n'étaient pas disponibles pour le Danemark, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni.

⁽¹³⁷⁾ Ces chiffres n'incluent pas les ventes en pharmacie, qui peuvent constituer une source importante de seringues stériles pour les consommateurs de drogue dans plusieurs pays.

Graphique 14 — Nombre de seringues distribuées par le biais de programmes spécialisés, par usager estimé par injection



NB: Sur la base des estimations de la consommation de drogue par injection pour les années indiquées et des données disponibles les plus récentes sur le nombre de seringues fournies par le biais des programmes d'échange de seringues (2006-2008). Pour toutes les notes explicatives et les sources, voir le graphique HSR-3 du bulletin statistique 2010.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

de programmes ou de plans d'action spécifiques (Danemark, France, Royaume-Uni — Angleterre, Écosse et Irlande du Nord —, par exemple). Les mesures en place comprennent du matériel d'information spécifique, une formation à l'injection sans risque ciblant les jeunes et les nouveaux usagers de drogue par injection, dispensée par des équipes de proximité (Roumanie, par exemple) ou grâce à l'éducation par les pairs (par exemple dans les prisons en Espagne et au Luxembourg), et des consultations et des dépistages gratuits et aisément accessibles. Le Royaume-Uni évoque également le recours à la gestion des contingences pour encourager le dépistage. D'autres mesures ont pour but de maintenir l'injection à un niveau bas par le maintien des patients en traitement, d'intégrer des services de traitement de l'hépatite virale dans les centres d'aide aux toxicomanes et de revoir les orientations en matière de traitement du VHC afin d'améliorer l'accès à ce traitement (comme en République tchèque). Plusieurs pays ont également lancé des initiatives afin de renforcer les connaissances et la prise de conscience de l'hépatite virale chronique au sein

des prestataires de soins et de services sociaux (Autriche) et du public (Allemagne, Irlande, Pays-Bas).

Mortalité et décès liés à la drogue

La consommation de drogue est l'une des principales causes de problèmes sanitaires et de mortalité chez les jeunes Européens et peut représenter une proportion considérable de l'ensemble des décès chez les adultes. Des études ont montré qu'entre 10 et 23 % de la mortalité des 15-49 ans étaient imputables à la consommation d'opiacés (Bargagli e.a., 2006; Bloor e.a., 2008).

La mortalité liée à la drogue englobe les décès directement ou indirectement causés par la consommation de drogues. Cela comprend les décès par surdose (décès dus à la drogue), le VIH/sida, les accidents de la circulation — en particulier, lorsque la drogue est associée à la consommation d'alcool —, la violence, le suicide et les problèmes chroniques dus à la consommation répétée de drogues (par exemple, les problèmes cardiovasculaires chez les consommateurs de cocaïne) ⁽¹³⁸⁾.

Décès dus à la drogue

De 1995 à 2007, entre 6 400 et 8 500 décès dus à la drogue ont été déclarés chaque année par les États membres de l'UE, la Croatie, la Turquie et la Norvège. En 2007, le Royaume-Uni et l'Allemagne représentaient près de la moitié des décès dus à la drogue. La mortalité imputable aux surdoses varie d'un pays à l'autre, de 2 à moins de 85 décès par million chez les 15-64 ans (en moyenne, 21 décès par million). Des taux supérieurs à 20 décès par million ont été enregistrés dans 14 des 28 pays européens et des taux supérieurs à 40 décès ont été relevés dans six pays. Chez les Européens âgés de 15 à 39 ans, les décès par surdose ont représenté 4 % de l'ensemble des décès ⁽¹³⁹⁾. Les régions affichant une prévalence supérieure de l'usage problématique de drogue peuvent être affectées de manière disproportionnée. Ainsi, en 2008, le nombre de décès dus à la drogue en Écosse était de 112,5 par million d'habitants, soit nettement plus que le chiffre pour le Royaume-Uni dans son ensemble (38,7 par million).

Le nombre déclaré de décès dus à la drogue peut être influencé par la prévalence et les modes de consommation (injection, polytoxicomanie), l'âge et les comorbidités des consommateurs de drogue, ainsi que par la disponibilité des traitements et des services d'urgence et la qualité de la collecte des données et du signalement. La fiabilité accrue des données européennes a permis de mieux

⁽¹³⁸⁾ Voir la section «La mortalité liée à la drogue: un concept complexe» dans le rapport annuel 2008.

⁽¹³⁹⁾ Voir le graphique DRD-7 (partie i) et les tableaux DRD-5 (partie ii) et DRD-107 (partie i) du bulletin statistique 2010.

décrire les tendances et la plupart des pays ont désormais adopté une définition de cas conforme à celle de l'OEDT ⁽¹⁴⁰⁾. Néanmoins, il convient d'user de prudence en établissant des comparaisons, car des écarts subsistent entre les pays en termes de qualité d'évaluation des cas et de pratiques de signalement.

Décès liés aux opiacés

Héroïne

Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne et ses métabolites, sont présents dans la majorité des décès dus à la drogue signalés en Europe. Dans les vingt pays ayant fourni des données en 2008, les opiacés représentaient plus de trois quarts des cas (77 à 100 %), onze pays déclarant des taux supérieurs à 85 % ⁽¹⁴¹⁾. Outre l'héroïne, les autres substances décelées sont l'alcool, les benzodiazépines et d'autres opiacés et, dans certains pays, la cocaïne. Ces chiffres suggèrent qu'une part substantielle de tous les décès dus à la drogue s'inscrit dans un contexte de polytoxicomanie.

La majorité des victimes de décès par surdose en Europe sont des hommes (81 %). Dans la plupart des pays, l'âge moyen des victimes est d'environ 35 ans et, très souvent, il augmente, ce qui porte à croire que le nombre de jeunes héroïnomanes se stabilise, voire diminue, et que la cohorte des usagers d'opiacés à problèmes vieillit. Dans l'ensemble, 13 % des décès par surdose déclarés en Europe surviennent chez les moins de 25 ans, bien que l'Autriche, la Roumanie et Malte (petit nombre) fassent état de taux de 40 % ou plus, ce qui peut indiquer que la population de consommateurs d'héroïne ou de drogues injectables est plus jeune dans ces pays ⁽¹⁴²⁾.

Plusieurs facteurs sont associés aux surdoses d'héroïne mortelles ou non, comme l'injection et l'utilisation simultanée d'autres substances, en particulier l'alcool, les benzodiazépines et certains antidépresseurs. La consommation excessive de drogue, la comorbidité, l'absence de domicile fixe, une santé mentale fragile (par exemple, la dépression), le fait de ne pas suivre un traitement, des expériences antérieures de surdoses et la solitude au moment de la surdose sont d'autres facteurs liés aux surdoses (Rome e.a., 2008). La période suivant immédiatement la sortie de prison ou la fin d'un traitement de toxicomanie a été identifiée comme une période particulièrement à risque pour les surdoses, comme le confirment de nombreuses études longitudinales (OMS, 2010).

Surdoses d'opiacés non mortelles

Les études révèlent que la majorité des consommateurs d'opiacés (entre 50 et 60 %, généralement) ont survécu à une surdose et que 8 à 12 % ont fait une surdose au cours des six derniers mois, certains usagers de drogue ayant connu plusieurs surdoses. Selon les estimations, à chaque décès dû à la drogue correspondent 20 à 25 surdoses non mortelles. Le nombre de surdoses non mortelles survenant chaque année en Europe ne peut être estimé avec précision, étant donné que la surveillance est très restreinte et que les définitions peuvent varier d'un pays à l'autre. Néanmoins, les informations disponibles suggèrent qu'il pourrait avoir entre 120 000 et 175 000 surdoses non mortelles chaque année en Europe.

Survivre à une surdose accroît considérablement le risque d'y succomber ultérieurement (Stoové e.a., 2009). Par ailleurs, les surdoses non mortelles peuvent causer une large gamme de morbidités, telles que les défaillances pulmonaires, les pneumonies et les défaillances musculaires. Les surdoses peuvent aussi provoquer des lésions neurologiques, et le nombre de surdoses subies est un prédicteur significatif de performances cognitives moindres. La morbidité globale sera probablement supérieure chez les consommateurs plus âgés, plus expérimentés et dépendants (Warner-Smith e.a., 2001).

La reconnaissance rapide de la survenue d'une surdose et l'intervention de services de secours d'urgence peuvent se révéler essentielles pour éviter une issue fatale. Le contact avec les services d'urgence et l'administration d'un traitement pour intoxication aiguë sont une occasion de recevoir des informations sur la prévention des surdoses et d'être envoyé en consultation et en traitement.

La surveillance des surdoses non mortelles peut permettre de procéder à une validation croisée des informations sur les décès liés à la drogue. En République tchèque, par exemple, les hospitalisations pour surdose d'opiacés non mortelle ont baissé entre 2001 et 2008, reflétant la diminution du nombre de décès dus aux opiacés. Dans le même temps, le nombre de surdoses non mortelles et de décès liés à la consommation d'amphétamines a augmenté.

Autres opiacés

Le traitement de substitution aux opiacés réduit considérablement le risque de surdose mortelle, comme le confirme une étude norvégienne portant sur 3 800 personnes suivies pendant un maximum de sept ans. Cette étude a montré une réduction de la mortalité en cours de traitement par rapport à la période préalable au traitement. La réduction du risque était significative à la fois pour les décès par surdose

⁽¹⁴⁰⁾ Pour des informations méthodologiques détaillées, voir le bulletin statistique 2010.

⁽¹⁴¹⁾ Étant donné que la plupart des décès dus à la drogue signalés à l'OEDT sont dus à des surdoses d'opiacés (principalement d'héroïne), les caractéristiques générales des décès déclarés sont utilisées ici pour décrire et analyser les décès liés à la consommation d'héroïne. Voir le graphique DRD-1 du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁴²⁾ Voir les graphiques DRD-2 et DRD-3 et le tableau DRD-1 (partie i) du bulletin statistique 2010.

(risque relatif de 0,2) et pour la mortalité toutes causes confondues (risque relatif de 0,5) (Clausen e.a., 2008).

Des décès révélant la présence de substances utilisées dans le traitement de substitution aux opiacés sont aussi enregistrés chaque année. Cela traduit le nombre élevé de consommateurs de drogue qui suivent ce type de traitement et n'implique pas que ces substances étaient la cause de la mort. Les décès par surdose chez les patients suivant un traitement de substitution peuvent être le résultat d'une combinaison de drogues, puisque certains patients traités consomment toujours des opiacés illicites, boivent beaucoup d'alcool et prennent des substances psychoactives délivrées sur ordonnance. Toutefois, la plupart des décès dus à des produits de substitution (souvent en association avec d'autres substances) touchent des personnes qui ne suivent pas un traitement de substitution (Heinemann e.a., 2000).

Les décès provoqués par un empoisonnement à la buprénorphine sont rares, en dépit de son utilisation croissante dans les traitements de substitution en Europe (voir le chapitre 6). Toutefois, en Finlande, la buprénorphine reste l'opiacé le plus fréquemment détecté lors des autopsies médico-légales, mais généralement en association avec d'autres substances comme l'alcool, l'amphétamine, le cannabis et les médicaments, ou associé à une administration par voie intraveineuse.

En Estonie, la majorité des décès dus à la drogue rapportés en 2007 et 2008 étaient liés à la consommation de 3-méthylfentanyl. En Finlande, des opiacés comme l'oxycodone, le tramadol ou le fentanyl ont été signalés, même si le rôle de ces substances dans les décès n'a pas été précisé.

Décès liés à d'autres substances

Les décès causés par un empoisonnement aigu à la cocaïne sont relativement rares⁽¹⁴³⁾. Mais, du fait que les surdoses par cocaïne sont plus difficiles à déceler et à identifier que celles causées par des opiacés, il se pourrait qu'elles soient sous-signalées.

En 2008, un millier de décès liés à la cocaïne a été signalé dans quinze pays. Des traces de cocaïne ont été décelées dans un nombre croissant de décès dus à la drogue en Europe, mais, du fait de la non-comparabilité des données disponibles, il est impossible de dégager une tendance pour l'Europe. Une forte augmentation du nombre de décès liés à la cocaïne a été observée ces dernières années dans les deux pays affichant les taux les plus élevés de prévalence de la consommation de cocaïne dans la population générale. En Espagne, les décès pour

lesquels de la cocaïne a été détectée mais pas d'opiacés ont connu une augmentation marquée entre 2002 et 2007. Au Royaume-Uni, le nombre de certificats de décès mentionnant la cocaïne a doublé entre 2003 (161) et 2008 (325).

Les décès pour lesquels la présence d'ecstasy a été détectée sont rarement recensés et, dans de nombreux cas, la drogue n'est pas identifiée comme la cause directe de la mort⁽¹⁴⁴⁾. La question particulière 2010 de l'OEDT sur l'usage problématique d'amphétamine et de méthamphétamine se penche sur les données relatives aux décès liés à ces deux substances.

Décès provoqués par la cocaïne

Les décès dus à la cocaïne constituent un phénomène beaucoup plus complexe que les surdoses d'opiacés, qui ont une présentation clinique relativement claire. De nombreux décès causés par la cocaïne pourraient ne pas attirer l'attention de la police ou des experts médico-légaux en raison de leur présentation et du profil social de leurs victimes.

La consommation de cocaïne peut aboutir à une issue fatale due à différentes causes. Des surdoses pharmacologiques de cocaïne pure arrivent, mais les décès ne sont généralement associés qu'à une ingestion massive de la drogue. La plupart des décès liés à la consommation de cocaïne sont causés par des accidents cardiovasculaires ou par des accidents vasculaires cérébraux (Sporer, 1999). Ces décès ne dépendent pas de la dose et peuvent également survenir chez des usagers occasionnels ou à de faibles doses, en particulier chez les personnes présentant des troubles cardiovasculaires ou vasculaires cérébraux préexistants. La plupart des décès associés à une consommation de cocaïne surviennent néanmoins chez les usagers à problèmes présentant des pathologies causées par une consommation chronique de drogue (athérosclérose coronarienne, hypertrophie ventriculaire ou autres problèmes) (Darke e.a., 2006). Ces pathologies peuvent être aggravées par une consommation d'alcool (Kolodgie e.a., 1999) et de tabac. Dans un nombre indéterminé de décès liés à la cocaïne, le lien avec la consommation de drogue peut ne pas être établi en raison d'une absence de spécificité clinique et parce que le délai peut intervenir plusieurs jours ou semaines après le problème aigu. Les pathologies causées par la consommation régulière de cocaïne peuvent également être à l'origine d'infarctus ultérieurs du myocarde déclenchés par d'autres facteurs, de la même façon que la consommation de tabac.

L'évaluation du poids réel des problèmes de santé et des décès liés à la cocaïne soulève des défis particuliers et requiert des méthodes différentes de celles utilisées pour les décès par surdose d'opiacés.

⁽¹⁴³⁾ Voir l'encadré «Décès provoqués par la cocaïne».

⁽¹⁴⁴⁾ Pour les données sur les décès liés à d'autres drogues que l'héroïne, voir le tableau DRD-108 du bulletin statistique 2010.

Tendances des décès dus à la drogue

Le nombre de décès dus à la drogue a considérablement augmenté en Europe dans les années 1980 et au début des années 1990, parallèlement à l'évolution de la consommation d'héroïne et de drogues injectables. Par la suite, les chiffres sont restés élevés ⁽¹⁴⁵⁾.

Entre 2000 et 2003, la plupart des États membres de l'UE rapportent une diminution (23 %), suivie d'une remontée ultérieure (11 %) des décès entre 2003 et 2007. Les données préliminaires disponibles pour 2008 suggèrent un chiffre global au moins égal à celui de l'année précédente, avec des hausses relevées dans 11 des 18 pays pour lesquels une comparaison est possible. Le Royaume-Uni et l'Allemagne, qui représentent l'essentiel des décès signalés en Europe, enregistrent une hausse annuelle depuis 2003 et 2006, respectivement. D'autres pays, comme la France, la Finlande ou la Norvège font également état d'une hausse.

Il est difficile d'expliquer les raisons pour lesquelles le nombre de décès signalés dus à la drogue demeure élevé, en particulier au regard des indications de baisse de la consommation de drogue par voie intraveineuse et de la hausse du nombre de consommateurs d'opiacés en contact avec des services de traitement et de réduction des risques. Plusieurs explications pourraient être avancées, mais toutes exigent une analyse plus approfondie: des niveaux plus élevés de polytoxicomanie (OEDT, 2009d) ou de comportement à risques; une augmentation du nombre

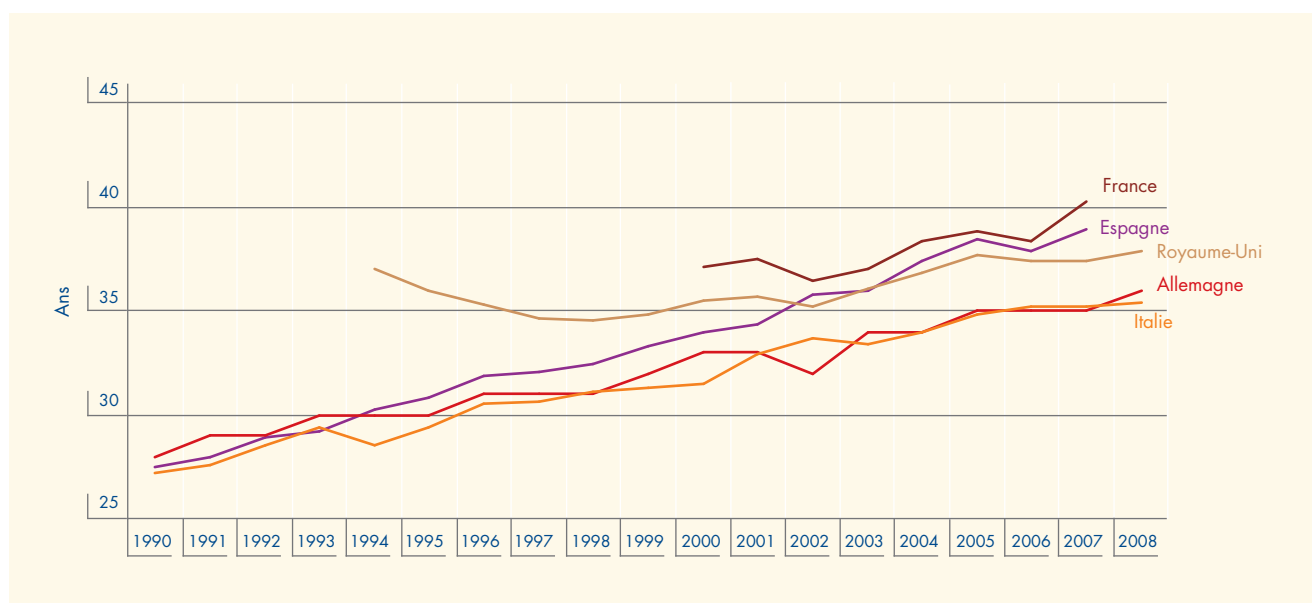
de consommateurs d'opiacés qui rechutent à la sortie de prison ou à l'issue d'un traitement et une population vieillissante de consommateurs de drogue, avec peut-être une population plus vulnérable de consommateurs chroniques. Ainsi, plusieurs pays, comme l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni, font état d'un pourcentage croissant de décès chez les plus de 35 ans, ce qui reflète la tendance ascendante de l'âge moyen des décès dus à la drogue (graphique 15).

Mortalité globale liée à la consommation de drogue

Outre les décès dus à la drogue, la mortalité globale liée à la drogue englobe les décès causés indirectement par la consommation de drogue, tels que ceux liés à la transmission de maladies infectieuses, aux problèmes cardiovasculaires et aux accidents. Il est difficile d'évaluer le nombre de décès indirectement liés à la drogue, mais leur impact sur la santé publique peut se révéler considérable. Ces décès touchent surtout des usagers de drogue à problèmes, bien que certains puissent survenir chez des consommateurs occasionnels (par exemple, les accidents de la circulation).

L'estimation de la mortalité globale liée à la drogue peut se calculer de différentes manières. L'une des méthodes consiste à combiner les informations des études de cohorte avec les estimations de la prévalence de la consommation de drogue. Une autre approche consiste à utiliser les statistiques générales existantes sur la

Graphique 15 – Évolution de l'âge moyen des victimes de décès dus à la drogue dans certains pays européens



NB: Pour de plus amples informations, voir le graphique DRD-3 du bulletin statistique 2010. Les données relatives au Royaume-Uni reposent sur la définition donnée dans la stratégie antidrogue.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹⁴⁵⁾ Voir les graphiques DRD-8 et DRD-11 du bulletin statistique 2010.

mortalité et à estimer la proportion de décès liés à la consommation de drogue.

Études de cohorte

Les études de cohorte suivent les mêmes groupes d'usagers de drogue à problèmes dans le temps et, en établissant des liens avec les registres de mortalité, elles tentent d'identifier les causes des décès survenant dans le groupe. Ce type d'étude permet de déterminer les taux de mortalité globale et liée à une cause spécifique pour la cohorte et d'estimer la mortalité en excès du groupe par rapport à la population générale ⁽¹⁴⁶⁾.

En fonction des lieux de recrutement (par exemple, les centres de traitement de la toxicomanie) et des critères d'inclusion (par exemple, les usagers de drogue par voie intraveineuse), la plupart des études de cohorte présentent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an parmi les usagers de drogue à problèmes. Ces taux de mortalité sont environ 10 à 20 fois supérieurs à ceux de la même tranche d'âge de la population générale. L'importance relative des différentes causes de décès varie d'un pays à l'autre et dans le temps. Les surdoses constituent généralement la principale cause de décès des usagers de drogue à problèmes, puisqu'elles sont à l'origine de 50 à 60 % des décès chez les usagers par voie intraveineuse dans les pays enregistrant une faible prévalence du VIH/sida. Outre le VIH/sida et d'autres maladies, les causes de décès fréquemment déclarées sont le suicide et l'abus d'alcool, comme le montre une étude récente réalisée à Stockholm, qui a conclu que 17 % des décès au sein d'une cohorte essentiellement composée de consommateurs d'opiacés étaient dus au suicide et 15 % étaient accidentels. La présence d'alcool a été constatée dans 30 % des décès (Stenbacka e.a., 2010).

Décès indirectement liés à la consommation de drogue

En combinant les données existantes d'Eurostat et de la surveillance du VIH/sida, l'OEDT a estimé que quelque 2 100 personnes sont décédées d'une contamination par le VIH/sida imputable à la consommation de drogue dans l'Union européenne en 2007 ⁽¹⁴⁷⁾, dont 90 % sont survenus en Espagne, en France, en Italie et au Portugal. À la suite de l'introduction de la thérapie antirétrovirale hautement active en 1996, la mortalité liée au VIH/sida a baissé sensiblement dans la plupart des États membres de l'UE, mais elle remonte en Estonie et en Lettonie depuis 2003. Les taux de mortalité liée au VIH/sida chez les toxicomanes sont les plus élevés au Portugal, suivi de

l'Estonie, de l'Espagne, de la Lettonie et de l'Italie; dans la plupart des autres pays, les pourcentages sont bas ⁽¹⁴⁸⁾.

Les autres maladies à l'origine d'un certain nombre de décès chez les toxicomanes incluent des affections chroniques telles que les troubles hépatiques, essentiellement dus à l'hépatite C (VHC) et souvent aggravés par une forte consommation d'alcool et une coïnfection au VIH. Les décès provoqués par d'autres maladies infectieuses sont plus rares. Le cancer et les problèmes cardiovasculaires sont les principales causes non infectieuses de décès ⁽¹⁴⁹⁾.

D'autres causes de décès chez les toxicomanes ont fait l'objet d'une attention nettement plus réduite, en dépit de leur impact considérable sur la mortalité. Une étude récente de l'OMS (Degenhardt e.a., 2009) a estimé qu'en Europe, les suicides et les traumatismes pourraient représenter environ un tiers de la mortalité imputable à l'usage problématique de drogue, ce qui correspondrait à plusieurs milliers de décès chaque année. En ce qui concerne le suicide en particulier, un examen de la littérature (Darke et Ross, 2002) a révélé que le taux de suicide est 14 fois plus élevé chez les héroïnomanes que dans la population générale.

Les informations relatives au nombre de décès liés à la conduite sous l'emprise de la drogue restent peu nombreuses. Certaines études suggèrent des risques accrus d'accidents liés à la consommation de drogues illicites et indiquent que la consommation combinée de drogue et d'alcool provoque des troubles supplémentaires (OEDT, 2008b).

Réduction des décès liés à la drogue

Quinze pays indiquent que leur stratégie nationale de lutte contre la drogue comprend un volet dédié à la réduction du nombre de décès liés à la drogue, que des politiques de ce type existent au plan régional ou qu'ils disposent d'un plan d'action spécifique pour la prévention des décès liés à la drogue. L'Autriche mentionne la préparation d'un document de stratégie.

Interventions

Un traitement réduit de manière significative le risque de mortalité chez les toxicomanes (Davoli e.a., 2007), bien que les risques liés à la tolérance à la drogue se posent lors de l'entrée ou de la sortie du traitement. Des études révèlent que le risque d'un décès dû à la drogue en cas de

⁽¹⁴⁶⁾ Pour des informations sur les études de mortalité de cohorte, voir les indicateurs clés sur le site de l'OEDT.

⁽¹⁴⁷⁾ Voir le tableau DRD-5 (partie iii) du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁴⁸⁾ Voir le graphique DRD-7 (partie ii) du bulletin statistique 2010.

⁽¹⁴⁹⁾ En particulier, les décès liés à la cocaïne, voir «Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé» au chapitre 5.

rechute après un traitement ou dans les semaines suivant la sortie de prison est extrêmement élevé. Cela a conduit à la publication de recommandations de l'OMS-Europe sur la prévention des surdoses en milieu carcéral et sur une meilleure continuité des soins après la sortie (OMS, 2010).

Le Danemark et la Norvège ont récemment placé la buprénorphine en tête des priorités dans leurs lignes directrices sur les traitements de substitution en raison de son profil de sécurité pharmacologique. L'Espagne a approuvé il y a peu la combinaison buprénorphine-naloxone pour les patients suivant un traitement de substitution dans le cadre des programmes gérés par le système national de santé, afin de réduire les décès dus à la drogue.

Outre l'amélioration de l'accès au traitement de la toxicomanie, d'autres interventions visant à réduire les risques de surdose chez les toxicomanes ont été étudiées. Celles-ci abordent des facteurs personnels, situationnels et liés à la consommation de drogue. Une analyse récente des données avérées (Rome e.a., 2008) a recommandé de sensibiliser les médecins généralistes aux dangers d'ordonnances multiples, en particulier d'antidépresseurs. Le Luxembourg a pris des mesures afin de contrôler la prescription de produits multiples aux patients suivant un traitement de substitution et de réduire ainsi les urgences liées à la prise de benzodiazépines.

La fourniture de matériel d'information est citée comme une mesure courante pour réduire le nombre de décès dus à la drogue en Europe ⁽¹⁵⁰⁾. De nombreux pays mentionnent la mise en place d'une formation à la prévention, la reconnaissance et la réaction aux surdoses pour les consommateurs de drogue et leurs voisins, amis et familles, ainsi que pour les prestataires de services qui travaillent avec des toxicomanes. L'offre de ces interventions est toutefois souvent sporadique et limitée.

Après une épidémie de surdoses de fentanyl, des experts estoniens ont réclamé l'introduction de programmes de prévention des surdoses dans le pays. La Belgique, la République tchèque, l'Estonie et les Pays-Bas mentionnent

la mise en place de systèmes d'alerte précoce qui collectent et diffusent des informations sur les nouvelles substances ou sur les combinaisons dangereuses par le biais des structures de services à bas seuil, des centres d'hébergement ou des centres de traitement. Aux Pays-Bas, un système de suivi des incidents de santé liés à la drogue a été testé en 2009 et est actuellement étendu.

Une formation aux surdoses associée à une prise à domicile de naloxone — qui inverse les effets des opiacés — est une approche qui pourrait sauver de nombreuses vies. Cette intervention vise les toxicomanes et leurs familles ainsi que les personnes qui pourraient se trouver près d'un usager de drogue pendant une surdose et a pour but de leur permettre de réagir efficacement en attendant l'arrivée des secours. Des études révèlent que les personnes formées ont montré une meilleure connaissance des signes de surdose et une plus grande confiance dans l'utilisation de la naloxone. En 2009, l'Angleterre a lancé un projet destiné à distribuer à 950 parents de toxicomanes des paquets contenant une seringue préremplie de naloxone. Des paquets contenant une injection unique de naloxone ont également été distribués, dans le cadre d'une étude en cours, à des consommateurs d'opiacés emprisonnés en Angleterre, en Écosse et au pays de Galles. Des seringues préremplies sont également disponibles en Italie auprès des centres de traitement, sont utilisées au Portugal dans le cadre d'un essai et ont été introduites en Bulgarie. Un projet de distribution d'un spray nasal de naloxone centré sur les consommateurs a débuté à Copenhague.

Des salles de consommation de drogue sous surveillance permettent une intervention rapide dès les premiers signes de surdose. Les données opérationnelles montrent que les surdoses de drogue survenant dans cet environnement sont gérées efficacement et qu'aucun cas de surdose mortelle n'a été signalé. La fourniture d'une aide immédiate contribue également à réduire les séquelles des surdoses non mortelles, y compris les dommages irréversibles au cerveau et à d'autres organes vitaux provoqués par une hypoxie (Hedrich e.a., 2010).

⁽¹⁵⁰⁾ Voir le tableau HSR-8 du bulletin statistique 2009.



Chapitre 8

Nouvelles drogues et tendances émergentes

Introduction

Bien qu'ils apparaissent généralement d'abord dans des groupes sociaux limités ou dans quelques endroits, les nouveaux modes de consommation et les nouvelles substances psychoactives peuvent avoir des répercussions importantes en termes de santé publique et de politique antidrogue. Il est dès lors important, sur le plan méthodologique et pratique, de fournir des informations objectives et en temps utile sur les nouvelles menaces aux décideurs, aux professionnels et au grand public. Ces informations sont de plus en plus importantes compte tenu du caractère extrêmement dynamique et évolutif du phénomène de la drogue en Europe. Le système d'alerte précoce de l'Union européenne fournit un mécanisme de réponse rapide à l'émergence de nouvelles substances psychoactives sur la scène des stupéfiants.

Une multitude de nouveaux composés de synthèse non contrôlés ont fait leur apparition ces dernières années. Ces substances sont commercialisées sur l'internet sous l'appellation «*legal highs*» ou «alternatives légales» et ont pour but de contourner les mesures de contrôle des stupéfiants. Elles constituent un défi pour les approches actuelles de surveillance et de contrôle des nouvelles substances psychoactives. Ce chapitre montre que ces deux dernières années ont vu l'émergence de nouveaux produits végétaux à fumer, couplés avec des cannabinoïdes synthétiques, et la popularité croissante de diverses cathinones de synthèse.

Action de l'Union européenne sur les nouvelles drogues

En 2009, vingt-quatre nouvelles substances psychoactives de synthèse ont été formellement notifiées par le biais du système européen d'alerte précoce. C'est le nombre le plus important enregistré en une seule année et cette hausse est essentiellement due à l'identification de neuf nouveaux cannabinoïdes synthétiques au cours de l'année écoulée. De même, en 2009, de nouvelles substances appartenant aux familles chimiques qui sont généralement à l'origine des nouvelles drogues psychoactives ont été

découvertes: cinq phénéthylamines, deux tryptamines et quatre cathinones de synthèse. Aucune nouvelle pipérazine ou plante psychoactive n'a été signalée.

Depuis la création du système d'alerte précoce en 1997, plus de 100 substances ont été notifiées à l'OEDT et à Europol. De nouveaux groupes sont apparus au cours des cinq dernières années. Il s'agit notamment de plusieurs pipérazines, de cathinones de synthèse et de cannabinoïdes synthétiques. Cependant, aucune pipérazine n'a été identifiée au cours des deux dernières années de rapport. Six seulement étaient des plantes ou des substances d'origine végétale et il est probable que les substances psychoactives de synthèse restent les nouvelles substances les plus fréquemment déclarées à l'avenir.

Trois substances ayant des propriétés médicinales ont été signalées en 2009. Parmi elles figure la prégabaline, un médicament vendu sur ordonnance commercialisé sous le nom de Lyrica et utilisé pour le traitement des douleurs neuropathiques, de l'épilepsie et des troubles anxieux généralisés. Un examen récent des données de pharmacovigilance suscite des inquiétudes concernant l'abus de cette substance en Finlande, en Suède et en Norvège. Les informations provenant du système d'alerte précoce suggèrent également que la prégabaline pourrait avoir joué un rôle dans le décès de consommateurs en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni, où elle a été décelée dans des analyses toxicologiques médico-légales. Les consommateurs déclarent que la prégabaline a des effets similaires à ceux de l'alcool, du GHB (acide gamma-hydroxybutyrique), de l'ecstasy et des benzodiazépines. Selon certaines sources, elle soulagerait les symptômes de sevrage de l'héroïne (opiacés).

Le système d'alerte précoce surveille également les produits psychoactifs non réglementés, les «*legal highs*», vendus sur l'internet, dans les *smart shops* (magasins spécialisés dans les accessoires pour consommateurs de cannabis) ou les *head-shops* (magasins spécialisés dans la vente de produits psychotropes légaux d'origine végétale), qui font l'objet de stratégies commerciales agressives et sophistiquées et sont parfois intentionnellement mal étiquetés, avec des ingrédients déclarés différents de leur composition réelle. Le marché des «*legal highs*» se caractérise par la vitesse

La surveillance des nouvelles substances psychoactives en Europe

La décision du Conseil relative aux nouvelles substances psychoactives (1) instaure un mécanisme européen d'échange rapide d'informations sur les nouvelles substances psychoactives susceptibles de représenter un danger pour la santé publique et pour la société (OEDT, 2007b). L'OEDT et Europol, en étroite coopération avec leurs réseaux de partenaires nationaux, se sont vu attribuer un rôle central dans la mise en œuvre du système d'alerte précoce. Dès qu'une nouvelle substance psychoactive est détectée sur le marché européen, les États membres veillent à ce que les informations sur la fabrication, le trafic et la consommation de la substance soient transmises à l'OEDT et à Europol via les points focaux nationaux Reitox et les unités nationales Europol. La décision du Conseil prévoit également la mise en place d'un cadre d'évaluation des risques liés aux nouvelles substances (voir OEDT, 2010b). Le système d'alerte rapide permet également l'échange d'informations sur les substances ayant une valeur médicinale établie et reconnue, mais ces dernières ne peuvent pas faire l'objet d'une évaluation des risques en vertu de la décision du Conseil.

(1) Décision 2005/387/JAI du Conseil du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives (JO L 127 du 20.5.2005, p. 32).

à laquelle les fournisseurs contournent les contrôles des stupéfiants en proposant de nouvelles alternatives.

Méphédronne

Ces dernières années, des cathinones de synthèse ont été de plus en plus souvent notifiées par le système d'alerte précoce. À l'heure actuelle, quinze de ces substances sont surveillées et notamment la méphédronne, le méthylone, la méthédronne et le MDPV (151). Ces «*designer compounds*» ou «*drogues de conception*» sont des dérivés de la cathinone, qui est l'un des principes psychoactifs du khat (*Catha edulis*) et qui est liée, par sa structure, à l'amphétamine (152).

La méphédronne est un dérivé de la methcathinone, une drogue inscrite dans la liste de la convention des Nations unies de 1971. Elle est apparue pour la première fois en Europe en 2007 et semble avoir acquis une certaine popularité chez les jeunes consommateurs, ce qui a induit une demande spécifique pour cette substance. Cela est particulièrement vrai au Royaume-Uni, où la méphédronne a attiré l'attention des médias. Des rapports d'autres États membres donnent à penser qu'elle est également consommée dans d'autres pays d'Europe.

L'Allemagne, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ont déclaré des saisies de quantités significatives de méphédronne en 2009. En Suède, les résultats des tests toxicologiques ont confirmé le rôle de la consommation de méphédronne dans un décès et au Royaume-Uni, plusieurs décès font l'objet d'analyses afin de déterminer le rôle éventuel joué par la méphédronne. Des mesures de contrôle de la méphédronne ont récemment été mises en place par le Danemark, l'Estonie, l'Irlande, l'Allemagne, la Roumanie, la Suède, le Royaume-Uni, la Croatie et la Norvège.

La méphédronne est aisément disponible sur l'internet, où elle peut être vendue comme une alternative légale à la cocaïne ou à l'ecstasy. Cette substance est commercialisée sous diverses appellations telles que «produit chimique de recherche», «sels de bain», «destiné à la recherche botanique», «aliments végétaux» ou «engrais», et est souvent accompagnée d'une note précisant «non destiné à la consommation humaine» afin de contourner les éventuels mécanismes de contrôle. Souvent, la liste des ingrédients ne fournit aucune indication sur la présence de substances psychoactives. Une recherche en anglais sur les boutiques en ligne de méphédronne réalisée en mars 2010 a montré qu'au moins 77 sites internet vendaient cette substance. La plupart de ces sites ne vendaient que de la méphédronne et étaient basés au Royaume-Uni. Depuis le classement par le Royaume-Uni de la méphédronne et d'autres cathinones de synthèse dans la liste des substances contrôlées en avril 2010, la majorité des sites de vente de méphédronne ont cessé d'exister.

Les données relatives à l'utilisation de 29 substances, y compris un certain nombre de «legal highs», ont été collectées dans le cadre d'une enquête en ligne réalisée à la fin de 2009 en collaboration avec le magazine britannique de *dance music* Mixmag (153). La méphédronne était la quatrième drogue la plus utilisée (après le cannabis, l'ecstasy et la cocaïne) et le «legal high» le plus consommé parmi les 2 295 personnes interrogées. Environ un tiers (33,6 %) a déclaré en avoir consommé au cours du dernier mois, 37,3 % au cours de la dernière année et 41,7 % en avoir pris un jour. Pour le méthylone, les chiffres étaient de 7,5 %, 10,0 % et 10,8 %, respectivement. Le faible écart entre la prévalence au cours du dernier mois et au cours de la vie suggère un nouveau phénomène en expansion rapide. Ces résultats ne peuvent toutefois pas être considérés comme représentatifs de la population plus large des *clubbers*, en raison des limites méthodologiques des enquêtes en ligne; ces dernières permettent néanmoins d'avoir rapidement accès à des populations spécifiques (Verster e.a., 2010).

(151) Méphédronne (4-méthylmethcathinone), méthylone (3,4-méthylènedioxy-methcathinone), méthédronne (4-méthoxymethcathinone) et MDPV (3,4-méthylènedioxypropylalérone).

(152) Des «fiches drogues» (*Drug profiles*) sur le khat et les dérivés des cathinones de synthèse sont disponibles sur le site de l'OEDT.

(153) Communication personnelle d'Adam Winstock du King's College à Londres.

Rapport conjoint OEDT-Europol sur la méphédronne

L'OEDT et Europol ont terminé une évaluation des informations disponibles sur la méphédronne en janvier 2010. Celle-ci repose sur les critères énoncés dans le guide opérationnel du système d'alerte précoce (OEDT, 2007b). Ces critères portent, entre autres choses, sur la quantité de matériel saisi, sur les preuves d'une participation du crime organisé, sur les preuves d'un trafic international, sur les propriétés toxico-pharmacologiques de la substance psychoactive, sur les preuves du potentiel de la poursuite de la diffusion (rapide) de la substance et sur les preuves de cas d'intoxication grave ou de décès.

L'OEDT et Europol ont convenu que les informations disponibles sur la méphédronne répondent aux critères justifiant l'élaboration d'un rapport conjoint. Le rapport conjoint OEDT-Europol qui en a résulté a été présenté au Conseil de l'Union européenne, à la Commission européenne ainsi qu'à l'Agence européenne des médicaments, et il a été décidé de lancer une procédure formelle d'évaluation des risques liés à cette substance.

Surveillance des magasins de drogue en ligne

Le système d'alerte précoce surveille la commercialisation de nouvelles substances psychoactives sur l'internet chaque année depuis 2006. Des changements méthodologiques ont amélioré la qualité et la couverture des enquêtes, mais les données des différentes années ne sont pas directement comparables.

En 2010, 170 boutiques en ligne ont été identifiées, dont 30 proposaient des «legal highs» et des champignons hallucinogènes, généralement avec un large choix de produits des deux groupes; 34 ne proposaient à la vente que des champignons hallucinogènes et 106 vendaient des «legal highs» mais pas de champignons hallucinogènes ⁽¹⁵⁴⁾.

Le nombre de vendeurs de champignons hallucinogènes semble avoir augmenté depuis 2006, où 39 magasins vendant ces produits avaient été recensés (OEDT, 2006). En 2010, 64 magasins en ligne proposant des champignons hallucinogènes ont été dénombrés, la plupart d'entre eux vendant du matériel de culture, des spores et de l'amanite tue-mouches (*Amanita muscaria*) plutôt que des champignons contenant de la psilocybine.

L'enquête en ligne de 2009 qui était principalement axée sur les «legal highs» a constaté que le Royaume-Uni comptait le plus grand nombre de magasins en ligne, suivi par l'Allemagne et les Pays-Bas. L'étude de 2010 (*Snapshot*), sorte de photo instantanée de la situation, a fait apparaître, avec sa portée élargie, un paysage différent: 38 magasins en ligne installés aux Pays-Bas, 20 au Royaume-Uni et 20 en

Photo instantanée sur les boutiques de drogue en ligne: méthodes

L'enquête de 2010 (*Snapshot*) s'est déroulée du 25 janvier au 5 février et ciblait les boutiques vendant de la drogue (au détail et en gros) en ligne, accessibles à tout internaute européen cherchant à acheter des «legal highs» (dont le «spice»), du GHB/GBL ou des champignons hallucinogènes. Les magasins en ligne qui ne livraient pas dans au moins un État membre de l'Union européenne ont été exclus de l'étude.

Dans un premier temps, les chaînes de recherche ont été testées en anglais, afin d'identifier celles qui donnaient le pourcentage le plus élevé d'occurrences pertinentes. Des recherches ont ensuite été menées dans 15 langues utilisées comme langue maternelle par 84 % de la population de l'Union européenne ⁽¹⁾. Trois moteurs de recherche différents ont été utilisés: Metacrawler, Google et un moteur de recherche «national» en fonction du pays et de la langue.

L'échantillonnage consistait à examiner les 100 premiers liens et se poursuivait jusqu'à ce que 20 liens consécutifs soient non pertinents. Pour chaque site identifié, les informations suivantes ont été recueillies: produits proposés à la vente, descriptions des produits, prix, stocks disponibles, pays de livraison, ingrédients, avertissements pour la santé et appréciations des utilisateurs.

⁽¹⁾ Allemand, anglais, danois, espagnol, français, grec, hongrois, italien, maltais, néerlandais, polonais, portugais, tchèque, slovaque et suédois.

Allemagne. La Pologne, la France et la Hongrie comptaient au moins cinq boutiques en ligne, tandis que des chiffres plus réduits étaient observés en République tchèque, en Espagne, au Portugal, en Slovaquie, en Italie et en Suède. Trente-huit magasins en ligne étaient basés aux États-Unis et 15 autres n'ont pas pu être localisés. À la différence des boutiques en ligne du Royaume-Uni, une grande partie de celles basées aux Pays-Bas est associée à des magasins spécialisés. Dans l'ensemble, 73 % des magasins en ligne utilisent l'anglais et 42 % ne proposent pas d'autre langue.

Le phénomène du «spice»

Le «spice» est vendu sur l'internet et dans des magasins spécialisés sous la forme d'un mélange à fumer. En 2008, des chimistes médico-légaux ont découvert que le «spice» n'est pas le produit d'origine végétale inoffensif qu'il prétend être. Les véritables substances psychoactives du «spice» ont été identifiées comme des additifs de synthèses, tels que l'agoniste des récepteurs cannabinoïdes ⁽¹⁵⁵⁾, le JWH-018, qui imite les effets du tétrahydrocannabinol (THC) du cannabis.

⁽¹⁵⁴⁾ Voir l'encadré «Photo instantanée sur les boutiques de drogue en ligne: méthodes».

⁽¹⁵⁵⁾ Un agoniste est une substance chimique qui se lie à un récepteur spécifique d'une cellule et déclenche une activité de ladite cellule. Un agoniste imite souvent l'action de substances endogènes ou naturellement présentes.

Le phénomène connu sous le nom de «spice» a continué à jouir d'une attention considérable en 2009. Tout au long de l'année, les noms et les emballages de marque des produits de type «spice» se sont diversifiés. Les composés psychoactifs ajoutés à ces produits ont également changé, en réponse aux nouvelles mesures de contrôle mises en place (OEDT, 2009f). Neuf nouveaux cannabinoïdes synthétiques ont été notifiés par le système d'alerte précoce en 2009 ⁽¹⁵⁶⁾.

La variété et le nombre de cannabinoïdes synthétiques, ou d'autres substances, qui peuvent être ajoutés à des herbes posent des problèmes en termes d'identification, de suivi et d'évaluation des risques. On sait peu de choses au sujet de la pharmacologie, de la toxicologie et de la sécurité de ces composés chez l'homme. Le type et la quantité de cannabinoïdes synthétiques ajoutés varient aussi considérablement et certains de ces composés peuvent être extrêmement actifs à très faibles doses. De ce fait, on ne peut exclure une surdose accidentelle avec un risque de graves complications psychiatriques ou autres.

Aucun des cannabinoïdes synthétiques n'est contrôlé par les conventions des Nations unies sur les stupéfiants et aucun d'entre eux n'a reçu une autorisation de mise sur le marché en tant que médicament dans l'Union européenne. Au moment de la rédaction de ce rapport, plusieurs États membres ont interdit ou contrôlé d'une manière quelconque le «spice», les produits de type «spice» et les composés apparentés ⁽¹⁵⁷⁾. Les herbes qui composent supposément les produits «spice» ne sont pas placées sous contrôle international, mais certains États membres (Lettonie, Pologne, Roumanie) ont placé un ou plusieurs de ces produits sur leurs listes de substances contrôlées. En dehors de l'Union européenne, la Suisse contrôle les «mélanges d'herbes spice» dans le cadre de sa réglementation sur les aliments.

Selon l'enquête en ligne de 2010, le nombre de boutiques en ligne proposant du «spice» a chuté de manière spectaculaire par rapport à l'année précédente. En dépit de sa couverture plus large, l'enquête de 2010 n'a identifié que 21 magasins proposant des produits de type «spice» contre 55 en 2009. Cette année, deux magasins en ligne vendant du «spice» étaient basés au Royaume-Uni, alors qu'ils étaient 23 l'an dernier. Selon la photo instantanée (*snapshot*) la plus récente, 15 magasins prétendaient avoir du «spice» en stock, dont huit indiquaient leur localisation: trois aux États-Unis et un en Espagne, en Pologne, au Portugal, en Roumanie et au Royaume-Uni. Les six autres boutiques en ligne qui proposaient des produits de type «spice» déclaraient être en rupture de stock et utilisaient peut-être cette marque pour attirer des clients.

À la différence des drogues illicites, aucune saisie importante de produits de type «spice» n'a été déclarée et les rapports sur la criminalité associée à ce phénomène font défaut. Si l'on ajoute à cela les connaissances limitées disponibles sur la chimie et les effets des nouveaux composés, la surveillance de ces produits tombe dans une «zone grise».

Prévalence de la consommation de «legal highs»

L'expression «legal highs» (ou encore «alternatives légales») englobe un large éventail de produits, allant des mélanges d'herbes à des drogues de synthèse ou «designer drugs» et à des «party pills» ou «drogues récréatives», qui sont consommées de diverses manières (fumées, sniffées ou avalées). En outre, ces produits peuvent être commercialisés comme des parfums d'ambiance, des encens à base d'herbe ou des sels de bain, bien qu'ils soient destinés à un usage différent. Cette diversité rend difficiles la collecte et l'interprétation des données de prévalence de ces «legal highs».

Quelques enquêtes récentes contiennent des données sur la prévalence de la consommation des «legal highs». Une étude polonaise réalisée auprès des étudiants de 18 ans a constaté que 3,5 % avaient consommé au moins une fois des «legal highs», soit un chiffre comparable à celui des champignons hallucinogènes (3,6 %). La consommation de «legal highs» au cours des douze derniers mois concernait 2,6 % des étudiants ⁽¹⁵⁸⁾.

Une étude menée auprès de 1 463 étudiants âgés de 15 à 18 ans dans des établissements d'enseignement général et professionnel à Francfort a mis en évidence le fait qu'environ 6 % des déclarants ont consommé du «spice» au moins une fois et que 3 % en avaient consommé au cours des trente derniers jours. Ces chiffres ont pu être influencés par l'attention accordée au «spice» par les médias au moment de l'enquête, étant donné que 1 % à peine des personnes interrogées ont déclaré avoir pris du «spice» plus de cinq fois. Près des deux tiers des personnes interrogées déclarant avoir consommé du «spice» un jour ont également indiqué avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois.

La dernière enquête en ligne du magazine Mixmag, qui cible les *clubbers* au Royaume-Uni, a relevé que 56,6 % des répondants ont déclaré avoir consommé des «legal highs». Il s'agissait notamment des produits à base d'herbe «spice» et «magic», de *party pills* BZP et d'autres drogues récréatives, avec une prévalence de consommation au cours du dernier mois de 2,0 %, 4,6 % et 5,3 %, respectivement. Les répondants ont déclaré avoir obtenu ces drogues par des amis (95 %) ou les avoir achetées eux-mêmes sur des

⁽¹⁵⁶⁾ Voir la fiche drogue «Cannabinoïdes synthétiques et "Spice"» sur le site de l'OEDT.

⁽¹⁵⁷⁾ Danemark, Allemagne, Estonie, Irlande, France, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Autriche, Pologne, Roumanie, Suède, Royaume-Uni.

⁽¹⁵⁸⁾ Enquête CBOS de 2008, échantillon de 1 400 adolescents en dernière année du secondaire; 15 % des participants ont déclaré avoir consommé de la drogue au cours des douze derniers mois.

sites internet (92 %), dans des magasins (78 %), dans des festivals (67 %) ou à des revendeurs (51 %).

Suivi d'autres substances

Pipérazines: BZP et mCPP

Il devient de plus en plus difficile de collecter et d'interpréter les données relatives aux saisies de pipérazines en raison de la multiplication des mélanges de substances que l'on trouve dans les poudres et les comprimés⁽¹⁵⁹⁾, mais aussi parce que les pipérazines sont aussi associées à d'autres drogues comme l'amphétamine et la MDMA. En outre, les laboratoires de médecine légale ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour identifier tous les composants des mélanges et, en particulier, ceux qui ne font pas l'objet d'un contrôle.

La disponibilité de la BZP semble avoir diminué à la suite de la décision du Conseil de 2008 de la soumettre à des mesures de contrôle dans toute l'Union européenne⁽¹⁶⁰⁾. Certains États membres continuent néanmoins à déclarer quelques saisies importantes de BZP.

En 2009, la mCPP semblait encore être la «nouvelle drogue de synthèse» la plus répandue⁽¹⁶¹⁾ sur le marché européen de l'ecstasy, soit seule, soit en combinaison avec la MDMA. Les informations en provenance du système d'alerte précoce, qui incluent des rapports des consommateurs aux Pays-Bas et des saisies au Danemark et au Royaume-Uni, suggèrent que la proportion de comprimés d'ecstasy contenant de la mCPP (ou des pipérazines en général) a considérablement augmenté au cours du premier semestre de 2009 et dépasse peut-être celle des comprimés d'ecstasy contenant de la MDMA. Le système néerlandais de suivi des informations sur les stupéfiants a également rapporté que le nombre d'échantillons remis pour analyse par des consommateurs avait doublé par rapport aux années précédentes, probablement en raison des inquiétudes croissantes concernant les effets négatifs des pipérazines. La proportion des comprimés d'ecstasy contenant ces substances pourrait avoir chuté au cours du second semestre de 2009, bien qu'au Royaume-Uni, cette baisse ait été en partie compensée par une disponibilité accrue de dérivés de cathinone.

Ces changements reflètent un marché de l'ecstasy de plus en plus complexe, qui peut s'expliquer par les fluctuations de la disponibilité du PMK, le précurseur chimique de la MDMA.

GHB/GBL et kétamine

L'acide gamma-hydroxybutyrique ou GHB est placé sous contrôle international depuis 2001, tandis que la kétamine, qui est un médicament, peut être contrôlée par les États membres dans le cadre de leur législation sur les drogues ou sur les médicaments. La consommation de gamma-butyrolactone (GBL), qui se transforme rapidement en GHB lorsqu'il est ingéré, est récemment devenue une source d'inquiétude en Europe. Le GBL est considéré comme un «précurseur de drogue non inscrit» sur la liste des substances contrôlées au niveau de l'UE et est couvert par le mécanisme de contrôle volontaire des précurseurs de drogue. Certains pays (Italie, Lettonie, Autriche, Suède, Royaume-Uni, Norvège) le contrôlent dans le cadre de leur législation antidrogue nationale.

La prévalence de la consommation de GHB et de kétamine est faible dans la population générale, mais elle peut être nettement supérieure au sein de groupes, de lieux et de zones géographiques spécifiques. L'enquête en ligne Mixmag ciblant les *clubbers* au Royaume-Uni a observé une prévalence de la consommation au cours du dernier mois de 1,7 % pour le GHB et 1,6 % pour le GBL, mais de 32,4 % pour la kétamine. Une enquête menée auprès des *clubbers* à Amsterdam en 2003 et en 2008 (646 répondants) a montré une légère hausse de la prévalence de la consommation de GHB au cours du dernier mois, de 4,2 à 4,7 %. En République tchèque, une étude de 2008 menée auprès de 363 *clubbers* a enregistré une prévalence de la consommation au cours du dernier mois de 0,3 % pour le GHB et de 0,6 % pour la kétamine. À Londres, une enquête portant sur 173 *clubbers* nécessitant des secours médicaux dans la salle de soins d'une discothèque a conclu que deux tiers de ces personnes ont demandé un médecin à la suite d'une consommation de GHB/GBL (Wood e.a., 2009). Une enquête régulière menée auprès des élèves de 15 et 16 ans à Francfort a relevé que le nombre de ceux qui s'étaient vu proposer du GHB était passé de 1 % en 2002 à 5 % en 2008.

La photo instantanée de la situation sur l'internet réalisée par l'OEDT en 2010 n'a trouvé aucune boutique en ligne enregistrée dans l'UE proposant du GHB, mais on trouvait du GBL dans quatre magasins en ligne. Toutefois, aucun de ceux-ci ne fait de la publicité pour le GBL en tant que drogue ni ne sous-entend qu'il pourrait être consommé pour ses propriétés psychoactives.

⁽¹⁵⁹⁾ Par exemple: BZP (1-benzylpipérazine); CPP (chlorophénylpipérazine); TFMP (1-(3-trifluorométhylphényl)-pipérazine) et DBZP (1,4-dibenzylpipérazine). La CPP possède trois isomères de position, qui sont souvent difficiles à distinguer, dont la mCPP (1-(3-chlorophényl) pipérazine) a la prévalence la plus élevée.

⁽¹⁶⁰⁾ Décision 2008/206/JAI du Conseil du 3 mars 2008 définissant la 1-benzylpipérazine (BZP) comme une nouvelle substance psychoactive qui doit être soumise à des mesures de contrôle et à des dispositions pénales (JO L 63 du 7.3.2008).

⁽¹⁶¹⁾ La mCPP n'est pas placée sous contrôle international, mais plusieurs pays européens ont adopté des mesures de contrôle ces dernières années (Belgique, Danemark, Allemagne, Grèce, Chypre, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Malte, Roumanie, Slovaquie, Croatie, Turquie, Norvège).





Références ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A., et Lynskey, M. T. (2006), «The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence», *Addiction* 101, p. 801-812.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P. P., et Davoli, M. (2007), «Antipsychotic medications for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H., et Hughes, B. (2008), «Cannabis control in Europe» in *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monographie n° 8 de l'OEDT, volume 1, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, p. 97-117.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., e.a. (2006), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, p. 198-202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A. H., et McKeganey, N. (2008), «Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study», *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M. J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L., et Silva, T. (2003), «Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic», *Addiction* 98, p. 749-760.
- Bruce, R. D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A., et Altice, F. L. (2009), «Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, p. 68-72.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J., e.a. (2009), «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, p. 171-178.
- Calafat, A., Juan, M., et Duch, M. A. (2009), «Preventive interventions in nightlife: a review», *Adicciones* 21, p. 387-414.
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y., et Levin, F. R. (2009), «A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence», *American Journal of Addiction* 18, p. 53-64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X., et Capellà, D. (2010), «Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C., et Armitage, J. (2003), «Bongs, a method of using cannabis linked to dependence», *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K., et Waal, H. (2008), «Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study», *Drug and Alcohol Dependence* 94, p. 151-157.
- CND (2009), *Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogue: rapport au secrétariat*, Commission des stupéfiants, Nations unies, Vienne.
- Coffey, C., Carlin, J. B., Lynskey, M., Li, N., et Patton, G. (2003), «Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study», *British Journal of Psychiatry* 182, p. 330-336.
- Commission européenne (2009a), «Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses», *European Economy* 7/2009, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- Commission européenne (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (disponible en ligne en anglais).
- Comptroller and Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (disponible en ligne).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M., e.a. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (disponible en ligne).
- Costa Storti, C., et De Grauwe, P. (2010), «Modelling disorganized crime: the cannabis market», *Bulletin of Narcotic Drugs* (à paraître).
- CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et de peines ou traitements inhumains ou dégradants) (2006), *The CPT standards — 'Substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponible en ligne).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J. V., e.a. (2009), «Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate

⁽¹⁶²⁾ Des liens hypertextes menant vers les sources en ligne sont disponibles dans la version PDF du rapport annuel, qui peut être téléchargée sur le site de l'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- substitution treatment, equipment sharing, and community size», *Epidemiology and Infection* 137, p. 1255-1265.
- Cunningham, J. A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211-213.
- Darke, S., et Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, p. 1383-1394.
- Darke, S., Kaye, S., et Dufflou, J. (2006), «Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes», *Addiction* 101, p. 1771-1777.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A., e.a. (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, p. 1954-1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Belgique.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M., et Linskey, M. (2009), «Illicit drug use», in *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*, volume 1, Majid Ezzati e.a. (éditeurs), Organisation mondiale de la santé, Genève (disponible en ligne).
- Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, p. 421-447.
- Direction générale de la santé et des consommateurs (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Bruxelles (disponible en ligne).
- ECDC et Bureau régional pour l'Europe de l'OMS (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J., et Thom, B. (éd.) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (Royaume-Uni).
- Escots, S., et Suderie, G. (2009), «Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?», *Tendances* 68, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., e.a. (2010), «The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial», *Drug and Alcohol Dependence* 108, p. 56-64.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T., et Madden, P. A. F. (2003), «Early reactions to cannabis predict later dependence», *Archives of General Psychiatry* 60, p. 1033-1039.
- Fletcher, A., Bonell, C., et Hargreaves, J. (2008), «School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies», *Journal of Adolescent Health* 42, p. 209-220.
- Gates, S., Smith, L. A., et Foxcroft, D. (2006), «Auricular acupuncture for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., et Marsden, J. (2003), «Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up», *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, p. 313-321.
- Gowing, L., Ali, R., et White, J. M. (2010), «Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J. P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M., e.a. (2010), «The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction», in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monographie de l'OEDT, Rhodes, T., et Hedrich, D. (éd.), Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, p. 191-232.
- Hall, W., et Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, p. 1383-1391.
- Hedrich, D., Kerr, T., et Dubois-Arber, F. (2010), «Drug consumption facilities in Europe and beyond», in *Harm reduction: evidence and impacts*, monographie de l'OEDT, Rhodes, T., et Hedrich, D. (éd.), Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, p. 305-331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A., et Puschel, K. (2000), «Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?», *Forensic Science International* 113, p. 449-455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., e.a. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hoare, J. (2009), «Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S. J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C., e.a. (2000), «One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme», *Addiction* 95, p. 1055-1068.
- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (disponible en ligne).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., e.a. (2010), «Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness», in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monographie de l'OEDT, Rhodes, T., et Hedrich, D. (éd.), Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, p. 115-163.

- King, L. A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A., et Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), «Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis», *Sucht* 55, p. 365-368.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F. Jr., George, T. P., Greenfield, S. F., e.a. (2007), «American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders», deuxième édition, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), p. 5-123.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrel, M., et Lima, M. S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Kolodgie, F. D., e.a. (1999), «Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers», *Experimental and Molecular Pathology* 66, p. 109-122.
- Koning, I. M., Vollebergh, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., Van den Eijnden, R. J. J. M., e.a. (2009), «Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously», *Addiction* 104, p. 1669-1678.
- Levin, F. R., et Kleber, H. D. (2008), «Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review», *American Journal of Addiction* 17, p. 161-164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M., e.a. (2009), «Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study», *Lancet* 374, p. 1262-1270.
- Martell, B. A., Orson, F. M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R. D., e.a. (2009), «Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial», *Archives of General Psychiatry* 66, p. 1116-1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., e.a. (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, p. 1014-1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., e.a. (2008), *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*, *Lancet* 372, p. 1733-1745.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., et Davoli, M. (2009), «Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- McCambridge, J., Slym, R. L., et Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, p. 1819-1820.
- Measham, F., et Moore, K. (2009), «Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy», *Criminology and Criminal Justice* 9, p. 437-464.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A., et Brigham, G. S. (2006), «Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions», *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, p. 25-39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A., e.a. (2008), «Anticonvulsants for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., e.a. (2007), «Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review», *Lancet* 370, p. 319-328.
- Muscat, R. (éd.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, publication du Conseil de l'Europe, Strasbourg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (disponible en ligne).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, ministère de la justice, Londres.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, mars (disponible en ligne).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (disponible en ligne).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (disponible en ligne).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londres (disponible en ligne).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (disponible en ligne).
- Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (2004-2007) — Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- OEDT (2006), «Hallucinogenic mushrooms», document thématique (disponible en ligne).

- OEDT (2007a), «Drogue et criminalité: une relation complexe», *Objectif drogues*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2007c), «Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue», Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monographie, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2008b), «Usage de drogues, réduction des capacités de conduite et accidents de la route», *Insights*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2008c), «Drugs and vulnerable groups of young people», Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2008d), «Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe», Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009a), *Rapport annuel 2009: état du phénomène de la drogue en Europe*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009b), «Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States», *Insights*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009c), «Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents», document thématique, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2009d), «La polyconsommation: modèles et réponses», Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009e), «Infractions liées aux drogues: condamnations et autres conséquences», Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009f), «Understanding the 'Spice' phenomenon», document thématique, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, monographie, Rhodes, T., et Hedrich, D. (éd.), Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010c), «Tendances relatives à l'usage de drogues par voie intraveineuse en Europe», Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT et Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, publications conjointes OEDT-Europol, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OICS (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nations unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, New York (disponible en ligne).
- OICS (2010b), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2009*, Nations unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, New York (disponible en ligne).
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague (disponible en ligne).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Genève.
- OMS (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague.
- OMS, ONUDC et Onusida (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ONUDC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2009), *World drug report 2009*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne (disponible en ligne).
- ONUDC (2010b), *World drug report 2010*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC et gouvernement du Maroc (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC, OMS et Onusida (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC, Onusida et OMS (2010), «HIV testing and counselling in prisons and other closed settings», document technique, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- Pani, P. P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S., et Davoli, M. (2010), «Disulfiram for the treatment of cocaine dependence», *Cochrane database of systematic reviews*, Issue 1.
- Petrie, J., Bunn, F., et Byrne, G. (2007), «Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review», *Health Education Research* 22, p. 177-191.

- Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (disponible en ligne).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., e.a. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147-155.
- Qureshi, A. I., Suri, M. F., Guterman, L. R., et Hopkins, L. N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey», *Circulation* 103, p. 502-506.
- Rapports nationaux Reitox (2009), disponibles sur le site de l'OEEDT.
- Rome, A., Shaw, A., et Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Édimbourg.
- Rose, M. E., et Grant, J. E. (2008), «Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions», *Annals of Clinical Psychiatry* 20, p. 145-155.
- Samhsa (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M. T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E., e.a. (paru dans la presse), «Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine», *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D., et Dalgarno, P. (2005), «Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)», *British Journal of Health Psychology* 10, p. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H., et Alho, H. (2008), «A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)», *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (disponible en ligne).
- Sporer, K. A. (1999), «Acute heroin overdose», *Annals of Internal Medicine* 130, p. 585-590.
- Stenbacka, M., Leifman, A., et Romelsjö, A. (2010), «Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up», *Drug and Alcohol Review* 29, p. 21-27.
- Stoové, M. A., Dietze, P. M., et Jolley, D. (2009), «Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data», *Drug and Alcohol Review* 28, p. 347-352.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E., et Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381-395.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., et Patton, G. C. (2008), «Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood», *Addiction* 103, p. 1361-1370.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P., et Reilly, D. (1998), «Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area», *Addiction* 93, p. 1149-1160.
- Van Beek, I., Dwyer, R., et Malcolm, A. (2001), «Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!», *Drug and Alcohol Review* 20, p. 333-342.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. A., et Prins, M. (2007), «Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users», *Addiction* 102, p. 1454-1462.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., e.a. (2009), «Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143-151.
- Van Nimwegen, L. J., de Haan, L., van Beveren, N. J., van der Helm, M., van den Brink, W., et Linszen, D. (2008), «Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial», *Canadian Journal of Psychiatry* 53, p. 400-405.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M., e.a. (éd.), Maklu, Anvers.
- Verster, J. C., Kuerten, Y., Olivier, B., et van Laar, M. W. (2010), «The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety», *Open Addiction Journal* 3, p. 24-31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M., et Wittchen H. U. (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and Alcohol Dependence* 68, p. 49-64.
- Wagner, F. A., et Anthony, J. C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, p. 479-488.
- Warburton, H., Turnbull, P. J., et Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M., et Hall, W. (2001), «Heroin overdose: causes and consequences», *Addiction* 96, p. 1113-1125.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., et Cowan, S. A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13 (21):pii=18884 (disponible en ligne).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A., et Griffiths, P. (2009), «Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users», *American Journal of Public Health* 99, p. 1049-1052.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., e.a. (2008), «Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients», *Drug and Alcohol Dependence* 95, p. 245-257.

Wood, D. M., Nicolauo, M., et Dargan, P. I. (2009), «Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment», *Substance Use & Misuse* 44, p. 1495-1502.

Zachrisson, H. D., Rödje, K., et Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 (disponible en ligne).

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 2010: état du phénomène de la drogue en Europe

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

2010 — 114 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-434-2

doi:10.2810/34205

Comment vous procurer les publications de l'Union européenne?

Publications gratuites:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de la Commission européenne. Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

Publications payantes:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne (http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source principale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le rapport présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE, et il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.



Office des publications

