



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

ISSN 1609-6142

RAPPORT ANNUEL 2005

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2005

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE

Annonce légale

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 ou des Communautés européennes.

Un grand nombre d'informations complémentaires sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet. Il est possible d'y accéder par le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

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

Une fiche bibliographique figure à la fin de cette publication.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005

ISBN 92-9168-228-4

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2005

La reproduction est autorisée sous réserve de l'indication de la source.

Printed in Belgium

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tél. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Remarques liminaires	9
Commentaire — Identification des tendances du phénomène de la drogue en Europe	11
Chapitre 1	
Nouveaux développements en matière de politiques et de législations	18
Chapitre 2	
L'école, les jeunes et la drogue	27
Chapitre 3	
Cannabis	36
Chapitre 4	
Stimulants de type amphétamines, LSD et autres drogues de synthèse	45
Chapitre 5	
Cocaïne et crack	56
Chapitre 6	
Héroïne et usage de drogue par injection	63
Chapitre 7	
Criminalité et incarcération	84
Références	89



Préface

Cette année, le rapport annuel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) s'assortit de la mise à disposition en ligne de ressources complémentaires comme notre nouveau bulletin statistique qui, pour sa deuxième édition, s'est considérablement enrichi et comporte plus de 200 tableaux de données quantitatives sur la situation européenne en matière de toxicomanie.

L'OEDT déploie ses efforts en association avec les États membres depuis plus de dix ans en vue d'établir une vue d'ensemble exhaustive du phénomène de la toxicomanie en Europe. La quantité et la qualité des données aujourd'hui disponibles pour alimenter les analyses présentées dans le rapport annuel témoignent de l'ampleur du travail technique accompli par les groupes de travail scientifiques qui fournissent les informations et illustrent la volonté des décideurs politiques européens d'investir dans le processus de collecte de données et de soutenir ce dernier. Il s'agit d'un exemple concret des avantages offerts par la coopération au niveau européen. Les États membres connaissent des situations diverses en ce qui concerne les problèmes de toxicomanie auxquels ils sont confrontés, ils ont en outre adopté des approches différentes pour réagir à ces défis. En dépit des différences, nous avons assisté à l'émergence de ce que l'on pourrait considérer comme une approche européenne en matière de lutte contre les drogues. Un large consensus s'est formé prônant la nécessité de fonder les actions sur une compréhension lucide de la situation, de mettre en commun les expériences couronnées de succès et de tirer profit de toutes les opportunités d'agir de conserve de manière à engranger des résultats en commun. Ces aspirations sont exprimées dans la nouvelle stratégie antidrogue et dans le nouveau plan d'action antidrogue de l'Union européenne; elles constituent les thèmes centraux de notre rapport.

Notre rapport annuel cerne un grand nombre de préoccupations importantes concernant les effets de la consommation de drogues sur les citoyens pris individuellement et sur les communautés dans lesquelles ils vivent. Nous attirons l'attention sur les nouveaux problèmes auxquels nous sommes confrontés, comme la consommation croissante, dans certaines régions

d'Europe, de drogues stimulantes, en particulier de cocaïne, et l'accroissement incessant du nombre de jeunes Européens qui goûtent aux drogues. Il est clair qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer les mesures d'endiguement de la consommation de drogues en Europe. Nous pouvons néanmoins faire état dans le présent rapport d'un certain nombre d'évolutions positives, notamment le développement général des services d'accueil pour les personnes confrontées à des problèmes de toxicomanie, ainsi que d'indices d'une stabilisation, voire d'une régression, de certains des aspects les plus néfastes de ce phénomène. Le présent rapport met donc en lumière certains des problèmes essentiels auxquels nous sommes confrontés et dévoile les stratégies qui seront probablement mises en œuvre afin de lutter de manière efficace contre les drogues en Europe.

Nous avons eu la satisfaction de constater que, une fois de plus, les nouveaux États membres de l'Union européenne ont mis à disposition une plus grande quantité de données. En plus de rendre compte de la situation au sein de l'Union élargie, lorsque nous disposons de données à ce sujet, nous présentons des données provenant de la Bulgarie, de la Roumanie et de la Turquie, ainsi qu'une analyse des développements internationaux cruciaux. La nature globale de la problématique des toxicomanies a pour corollaire l'impératif d'inscrire notre analyse européenne dans un contexte plus large. Le trafic et la consommation de drogues sont inextricablement liés à un grand nombre des préoccupations actuelles les plus pressantes. La consommation de drogues a des conséquences sur la santé et le développement globaux, sur la criminalité et la sécurité des personnes ainsi que sur la sécurité internationale. Bien que notre rapport soit principalement axé sur la situation européenne, nous ne pouvons nous permettre d'ignorer le fait que nous abordons un problème d'ampleur globale.

Marcel Reimen

Président du conseil d'administration de l'OEDT

Wolfgang Götz

Directeur de l'OEDT



Remerciements

L'OEDT souhaite adresser ses remerciements aux personnes et aux 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 et les participants aux groupes de travail techniques du réseau OEDT/Reitox;
- le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne — en particulier son groupe horizontal «Drogue» — et la Commission européenne;
- le Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN), le groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime, l'Organisation mondiale de la santé, Europol, Interpol et le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida;
- le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications officielles des Communautés européennes;
- Prepress Projects Ltd.

Points focaux nationaux Reitox

Reitox est le réseau d'information européen sur les drogues et la toxicomanie. Ce réseau est composé de points focaux nationaux dans les États membres de l'Union européenne, en Norvège, dans les pays candidats, et d'un point focal au sein de la Commission européenne. Les points focaux sont les autorités nationales qui fournissent des informations sur les drogues à l'OEDT.

La dénomination et les coordonnées des points focaux nationaux sont disponibles à l'adresse suivante:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Remarques liminaires

Le présent rapport annuel est basé sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats et la Norvège (qui participe aux activités de l'OEDT depuis 2001) sous la forme de rapports nationaux. Les données statistiques publiées dans cette édition du rapport concernent l'année 2003 (ou la dernière année disponible). Il est possible que les graphiques et les tableaux ne reflètent que la situation d'un sous-ensemble de pays de l'Union européenne: la sélection a été effectuée sur la base des pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période qui nous intéresse.

Une version en ligne du rapport annuel est disponible en 22 langues, elle est accessible par le lien <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Le bulletin statistique 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) présente l'ensemble des tableaux sur lesquels sont fondées les analyses statistiques publiées dans le présent rapport. Il comporte également des informations détaillées sur la méthodologie utilisée et plus de 100 graphiques statistiques.

Les profils nationaux (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) offrent une synthèse graphique de haute qualité des principaux aspects de la situation des drogues pour chaque pays.

Trois analyses approfondies accompagnent le présent rapport; elles sont consacrées aux problématiques suivantes:

- problèmes publics résultant de l'usage de drogue: tendances en matière de politiques et de mesures préventives;
- alternatives à l'incarcération: quelles mesures adopter envers les usagers problématiques de drogue qui se rendent coupables de délits au sein de l'Union européenne;
- buprénorphine: traitement, emploi erroné et pratiques en matière de prescription.

Les analyses sélectionnées sont disponibles sous forme de documents imprimés et en ligne (<http://issues05.emcdda.eu.int>), mais uniquement en anglais.

Les rapports nationaux des points focaux Reitox fournissent une description détaillée et une analyse de la problématique des drogues dans chaque pays; ils sont disponibles sur le site de l'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Commentaire — Identification des tendances du phénomène de la drogue en Europe

Reconstituer le tableau européen

Cette section vous donne un aperçu des principaux développements et tendances qu'a connus le phénomène de la drogue en Europe. Ce tableau d'ensemble a été réalisé en rassemblant des informations provenant de diverses sources et en tenant compte à la fois des forces et des faiblesses des données actuellement disponibles. Cette année, le commentaire comprend une évaluation de la manière dont les nouvelles données disponibles en 2005 contribuent à notre compréhension de l'évolution à moyen et à long terme du phénomène de la drogue en Europe.

Les problèmes liés à la polytoxicomanie compliquent à la fois notre compréhension et notre réaction face à la consommation problématique de drogue

Tout au long de ce rapport ou presque, l'approche analytique suivie a consisté à aborder séparément chacune des principales substances utilisées. Cette approche par type de drogue est aisée à comprendre sur le plan conceptuel et présente, en outre, l'avantage que la plupart des indicateurs de la consommation de drogue reposent sur des mesures comportementales spécifiques à chaque substance. En revanche, l'inconvénient d'une telle approche est qu'elle ne reflète pas le fait que la polytoxicomanie constitue un élément essentiel des problèmes liés à la drogue en Europe. L'analyse de l'impact de la consommation de drogue sur la santé publique doit prendre en compte la situation complexe de l'association de plusieurs substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac. À titre d'exemple, en Europe, on fume souvent du cannabis avec du tabac, et cette situation a des conséquences sur les risques susceptibles d'être associés à ce comportement et sur les activités de prévention de la toxicomanie. Les analyses toxicologiques des décès liés à la drogue révèlent souvent la présence de plusieurs substances et l'on sait que la consommation concomitante d'alcool accroît les risques liés à l'usage d'héroïne et de cocaïne. De surcroît, mettre l'accent sur les tendances observées pour une substance peut être trompeur si on ne reconnaît les relations entre les différents types de drogues. Ainsi, dans ce rapport, certains éléments indiquent que la disponibilité d'opiacés de synthèse augmente, ce qui est important pour toute analyse de l'évolution de la consommation d'héroïne. De la même façon, il pourrait être judicieux d'étudier le chevauchement éventuel des tendances dans l'utilisation de différents stimulants et d'analyser la mesure dans laquelle les changements observés peuvent être le résultat de changements dans les modes de consommation.

En résumé, la plupart des patients en traitement dans des centres de soins pour un problème de drogue en Europe ont consommé plusieurs substances. Il convient de mettre au point de meilleures méthodes de rapport afin de tenir compte de cet aspect essentiel de la consommation de drogue et de comprendre comment la polytoxicomanie peut influencer l'efficacité des interventions.

Les jeunes et la drogue — Usage croissant de cannabis, mais émergence de modes de consommation différents

L'usage de drogue en Europe reste un phénomène qui touche essentiellement les jeunes, et les jeunes hommes en particulier. Les données provenant des enquêtes de population et en milieu scolaire fournissent des informations utiles sur la manière dont les modes de consommation ont évolué en Europe depuis le milieu des années 90. Cette année, nous avons pu inclure dans ce rapport annuel des données provenant de la dernière enquête européenne en milieu scolaire (ESPAD), qui constitue une source de données précieuse pour surveiller la consommation de drogue au sein des populations scolaires et pour dégager des tendances dans le temps.

En prenant en compte toutes les données disponibles, il apparaît clairement que l'usage de cannabis diffère considérablement selon les pays. Bien que la tendance dominante en Europe depuis le milieu des années 90 ait été orientée à la hausse, certains pays enregistrent une consommation plus stable. Ainsi, bien que les pourcentages de la consommation de cannabis au Royaume-Uni soient particulièrement élevés depuis les années 90, les chiffres sont restés stables au cours de cette période. En outre, le niveau de la consommation de cannabis a peu changé dans plusieurs pays où la prévalence est faible, comme la Suède et la Finlande dans le nord de l'Europe et la Grèce et Malte au sud. Pour la plupart, les augmentations de l'usage de cannabis, observées dans le cadre de l'enquête ESPAD depuis 1999, sont apparues dans les nouveaux États membres. L'analyse des données des enquêtes en milieu scolaire et dans la population générale suggère que, pour la plupart des indicateurs, la République tchèque, l'Espagne et la France ont désormais rejoint le Royaume-Uni et forment un groupe de pays à prévalence élevée.

Les effets négatifs de l'usage du cannabis suscitent de plus en plus d'inquiétudes en Europe, bien que les informations sur la mesure dans laquelle l'usage de cette drogue provoque des problèmes de santé publique soient rares. Les données disponibles sur les demandes de traitement

pour usage de drogue en Europe classent le cannabis en deuxième position seulement, derrière les opiacés, alors que le cannabis ne représente toujours que 12 % des demandes de traitement, et la vue d'ensemble est largement influencée par la situation dans un nombre relativement réduit de pays. Des données relatives à l'usage régulier et intensif de cannabis sont essentielles pour mieux comprendre le lien probable entre la consommation de cannabis et la santé publique, mais ces informations sont actuellement limitées. Bien que les données disponibles indiquent que 3 millions de personnes, essentiellement des jeunes hommes, pourraient consommer du cannabis tous les jours en Europe, on ignore dans quelle mesure ce groupe pourrait rencontrer des problèmes du fait de l'usage de cette drogue.

Qu'en est-il de l'usage problématique de drogue? Le recrutement de nouveaux usagers d'héroïne et l'injection de drogue connaissent-ils une phase de déclin?

L'un des principaux défis méthodologiques de la surveillance de l'usage de drogue est l'estimation du nombre de personnes consommant des drogues de manière chronique et particulièrement dangereuse. L'indicateur de l'OEDT concernant l'usage problématique de drogue a été mis au point afin d'estimer ce type de consommation et, dans la majorité des pays de l'Union européenne (UE), les indicateurs d'usage problématique de drogue touchent essentiellement la consommation d'opiacés et l'usage de drogue par injection. Selon les estimations actuelles, il existerait entre 1,2 et 2,1 millions d'usagers de drogue à problème dans l'UE, dont 850 000 à 1,3 million sont probablement des usagers de drogue par injection récents. Les estimations de la prévalence de l'usage problématique de drogue dans le temps sont fragmentaires et il est dès lors difficile d'identifier des tendances à long terme. Cependant, dans les États membres de l'EU-15, les indicateurs font apparaître, en gros, que le recrutement rapide d'usagers d'héroïne, que la plupart des pays ont connu, a culminé au début des années 90 et a été suivi par une stabilisation. Même si plusieurs pays font toujours état de hausses depuis 1999, certains signes récents indiquent que cette situation n'est pas uniforme et les estimations de prévalence ne donnent pas une image cohérente au niveau européen. Les nouveaux États membres méritent ainsi une mention spéciale, dans la mesure où ils semblent avoir rencontré des problèmes d'héroïne plus tard et connaissent aujourd'hui une situation plus fluide.

Une autre source d'information permettant d'évaluer l'usage problématique de drogue est le nombre des décès liés à la drogue et le nombre de demandes de traitement. L'analyse des décès liés à la drogue (le plus souvent dus à une surdose d'opiacés) fait apparaître que les victimes forment une population vieillissante, le nombre de décès

d'usagers de drogue de moins de 25 ans étant en recul depuis 1996. Un élément important est que les données provenant des jeunes États membres de l'UE, bien que limitées, indiquaient jusqu'il y a peu une tendance à la hausse du nombre de décès parmi les jeunes de moins de 25 ans, même si une certaine stabilisation semble aujourd'hui se dessiner. Dans l'ensemble, bien que le nombre de décès liés à la drogue dans l'UE se maintienne à un niveau historiquement élevé, il semble qu'il ait dépassé la phase culminante.

Dans la plupart des pays, l'héroïne reste la principale drogue consommée par les patients en demande de traitement. Dans certains pays, l'évolution de l'usage d'héroïne parmi les nouveaux patients en traitement peut être retracée et fait apparaître un léger recul en chiffres absolus depuis 1996. De même, dans quelques pays, on rapporte un vieillissement de la population d'usagers d'opiacés, bien qu'une fois encore, cette observation ne soit pas valable pour tous les pays et que, dans quelques-uns des nouveaux États membres — toujours sur la base de données limitées — les usagers d'opiacés entamant un traitement pour la première fois semblent relativement jeunes. Dans plusieurs pays européens, et notamment dans les États membres de l'EU-15, l'injection semble décliner depuis quelque temps parmi les nouveaux usagers d'opiacés et, en Europe, moins de la moitié des nouveaux patients en demande de traitement pour consommation d'opiacés déclarent se piquer. Une fois encore, cette tendance ne vaut pas pour les nouveaux États membres, où l'injection reste le mode d'administration le plus courant parmi les héroïnomanes ayant accès aux services de soins.

En résumé, on ne peut apporter une réponse simple à la question de savoir si la consommation d'héroïne ou l'injection connaissent une phase de déclin en Europe. À de nombreux égards, la situation actuelle — en termes de recrutement de nouveaux usagers d'héroïne et d'injection — semble plus positive qu'elle ne l'était au début des années 90 dans les États membres de l'EU-15. Certains signes montrent que la situation de nombreux pays est désormais relativement stable, avec même un vieillissement de la population, ce qui reflète peut-être une incidence moindre. Cependant, dans certains des nouveaux États membres, où la recrudescence des problèmes liés à l'héroïne est un phénomène plus récent, l'injection demeure le mode prédominant d'administration des opiacés et les tendances actuelles sont difficiles à dégager à partir des données disponibles.

Usage de cocaïne et d'autres stimulants — Il n'y a pas lieu de pavoiser

L'Europe reste un marché important des stimulants et les indicateurs suggèrent que, dans l'ensemble de l'Europe, l'usage d'amphétamines, d'ecstasy et de cocaïne continue de croître. Selon de nombreux indicateurs, l'ecstasy a dépassé les amphétamines comme deuxième drogue la

plus utilisée en Europe après le cannabis. Au Royaume-Uni, qui enregistre depuis les années 90, pour la plupart des mesures, les taux de prévalence les plus élevés de consommation d'ecstasy et d'amphétamines, les données des récentes enquêtes sur la population générale et en milieu scolaire indiquent toutefois que les pourcentages de consommation de ces deux drogues pourraient être en baisse, de manière assez spectaculaire pour les amphétamines et plus limitée pour l'ecstasy. Néanmoins, les taux de prévalence au Royaume-Uni demeurent relativement élevés par rapport à d'autres pays, bien que l'écart soit moins marqué, du fait que plusieurs pays font désormais état de pourcentages de consommation similaires, comme cela a été mentionné plus haut pour le cannabis.

La prévalence de l'usage de cocaïne varie sensiblement en Europe, mais, une fois encore, la tendance générale semble orientée à la hausse. Les données provenant des enquêtes montrent qu'en Espagne et au Royaume-Uni, en particulier, l'usage de cocaïne a considérablement augmenté à la fin des années 90 et que, récemment, de nouvelles hausses, quoique réduites, se sont produites. Dans ces deux pays, les estimations de l'usage récent de cocaïne chez les jeunes adultes dépassent désormais celles de l'ecstasy et des amphétamines.

L'impact de la consommation de stimulants sur la santé publique en Europe est difficilement quantifiable, bien que des indices tendent à montrer qu'il n'y a pas de quoi se réjouir des modes de consommation actuels. Les demandes de traitement pour usage de cocaïne représentent 10 % des demandes de traitement en Europe. La consommation de crack, une forme de drogue particulièrement associée à des problèmes de santé et autres, reste limitée en Europe. Les déclarations d'usage de crack sont généralement limitées à quelques grandes villes, mais, au sein des communautés où cette drogue est consommée, les dommages qu'elle engendre peuvent être considérables. Plusieurs problèmes pratiques et méthodologiques rendent difficile l'évaluation du nombre de décès liés à l'usage de stimulants en Europe. Quoique réduit par rapport aux décès déclarés liés aux opiacés, le nombre de décès dus aux stimulants pourrait augmenter et est probablement sous-estimé dans les rapports. Bien que les données soient actuellement très limitées, plusieurs pays rapportent que la cocaïne joue un rôle déterminant dans près de 10 % des décès liés à la drogue. Les décès dus à l'ecstasy demeurent rares dans la plupart des pays de l'UE, mais les procédures de rapport pourraient être améliorées.

L'Europe prend le contre-pied de la tendance mondiale: elle n'a pas de problèmes significatifs avec la métamphétamine

La métamphétamine est une drogue connue pour être particulièrement associée à des problèmes sanitaires et sociaux. Au niveau mondial, les problèmes croissants liés

à la métamphétamine suscitent de vives inquiétudes et les taux d'usage semblent élevés, voire en hausse, aux États-Unis, en Australie, dans certaines régions d'Afrique et dans une grande partie de l'Asie du Sud-Est. À ce jour, l'usage de métamphétamine en Europe est en grande mesure circonscrit à la République tchèque, où cette drogue pose problème depuis longtemps. Dans le reste de l'Europe, on ne mentionne la disponibilité de métamphétamine que de manière sporadique, avec quelques rapports de saisies et des mentions occasionnelles d'exportations provenant de République tchèque vers les pays voisins. Cependant, étant donné que de nombreux pays d'Europe entretiennent des liens étroits avec des régions du monde où la métamphétamine pose problème et au vu de la croissance du marché européen des stimulants, le développement potentiel de l'usage de la métamphétamine ne saurait être ignoré et la vigilance reste de mise pour cette substance.

Extension et développement de services destinés aux usagers de drogue à problème

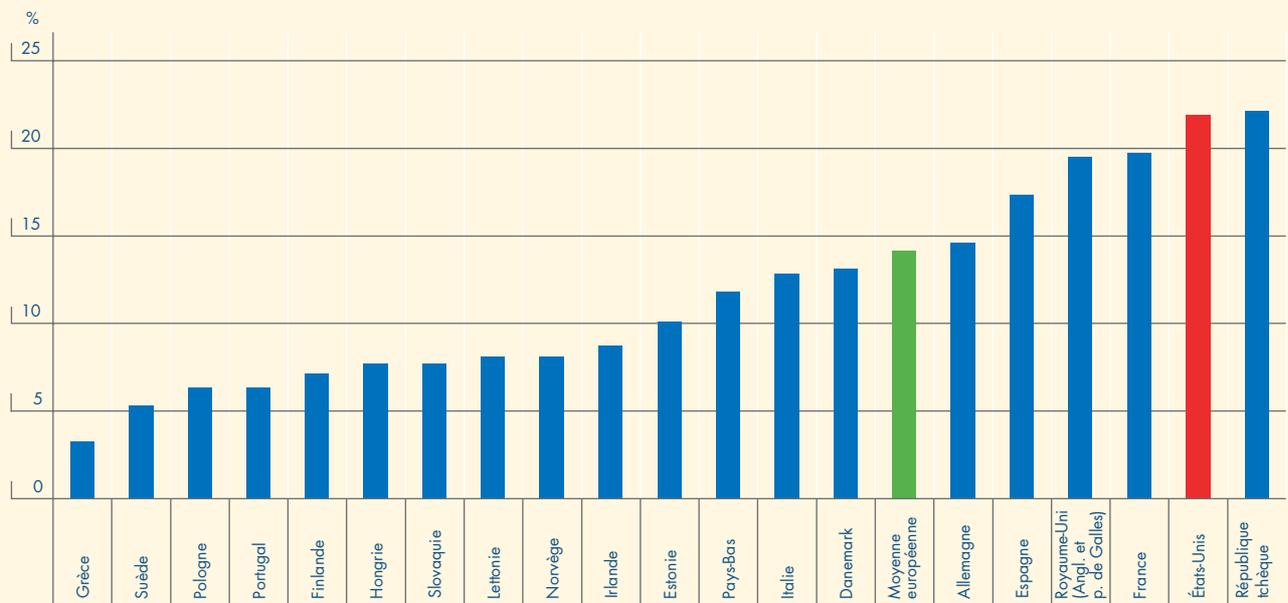
Les services destinés aux usagers de drogue à problème peuvent faire la différence pour les usagers de drogue eux-mêmes et pour les communautés dans lesquelles ils vivent. Ce fait est reconnu dans bon nombre de politiques nationales antidrogue et tant l'ancien que le nouveau plan d'action drogue de l'UE s'engagent à développer les services destinés aux usagers de drogue à problème. Bien qu'il soit difficile de dresser une carte exhaustive des services proposés aux usagers de drogue à problème en Europe, plusieurs indicateurs suggèrent fortement que les services de traitement et certaines formes de services de prévention ont connu un essor considérable. Cela étant, la nature et l'importance des différents types de structures varient sensiblement d'un pays à l'autre. L'un des aspects de l'offre de services qui s'est clairement développé ces dix dernières années est celui du traitement de substitution aux opioïdes, en particulier dans les pays où les niveaux de consommation d'héroïne par injection sont relativement élevés. La méthadone représente un peu moins de 80 % des traitements de substitution en Europe et plus de 90 % des traitements de substitution dans des unités spécialisées, mais la buprénorphine devient une option pharmacologique de plus en plus prisée et représente probablement près de 20 % des traitements de substitution en Europe [pour plus d'informations sur l'utilisation de cette drogue voir «Buprénorphine: traitement, mésusage et pratiques de prescription» («Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices») dans la publication «Questions particulières» qui accompagne le présent rapport]. On estime actuellement à plus de 500 000 le nombre de personnes suivant un traitement de substitution en Europe, ce qui voudrait dire qu'entre

La consommation de drogue reste plus faible en Europe qu'aux États-Unis, mais, dans certaines régions, les estimations de la prévalence atteignent désormais des niveaux similaires

Historiquement, les niveaux de la consommation de drogue aux États-Unis sont plus élevés qu'en Europe. Cette constatation reste vraie dans une large mesure, mais la comparaison des données sur l'usage récent (prévalence au cours de la dernière année) suggère que, dans quelques pays européens, les niveaux de la consommation de cannabis, d'ecstasy et de cocaïne chez les jeunes adultes sont désormais similaires à ceux des États-Unis (voir graphique). En outre, dans le cas de l'usage récent d'ecstasy par les jeunes adultes, les estimations américaines sont inférieures à celles de plusieurs pays européens, ce qui reflète peut-être la forte connexion européenne dans l'évolution historique de la consommation de cette drogue. Toutefois, dans l'ensemble, la moyenne de la population européenne reste inférieure à la moyenne américaine pour tous les indicateurs. Dans de nombreux pays européens, l'expansion de l'usage de drogue est survenue plus tard qu'aux États-Unis et cela se reflète peut-être dans les estimations plus élevées de prévalence au cours de la vie aux États-Unis (voir graphiques 1, 2 et 3 dans le bulletin statistique 2005), qui peuvent, dans une certaine mesure, être considérées comme des indicateurs cumulés des niveaux de consommation dans le temps.

Taux de prévalence au cours de la dernière année de la consommation de cannabis, d'ecstasy et de cocaïne parmi les jeunes adultes (15 à 34 ans) en Europe et aux États-Unis

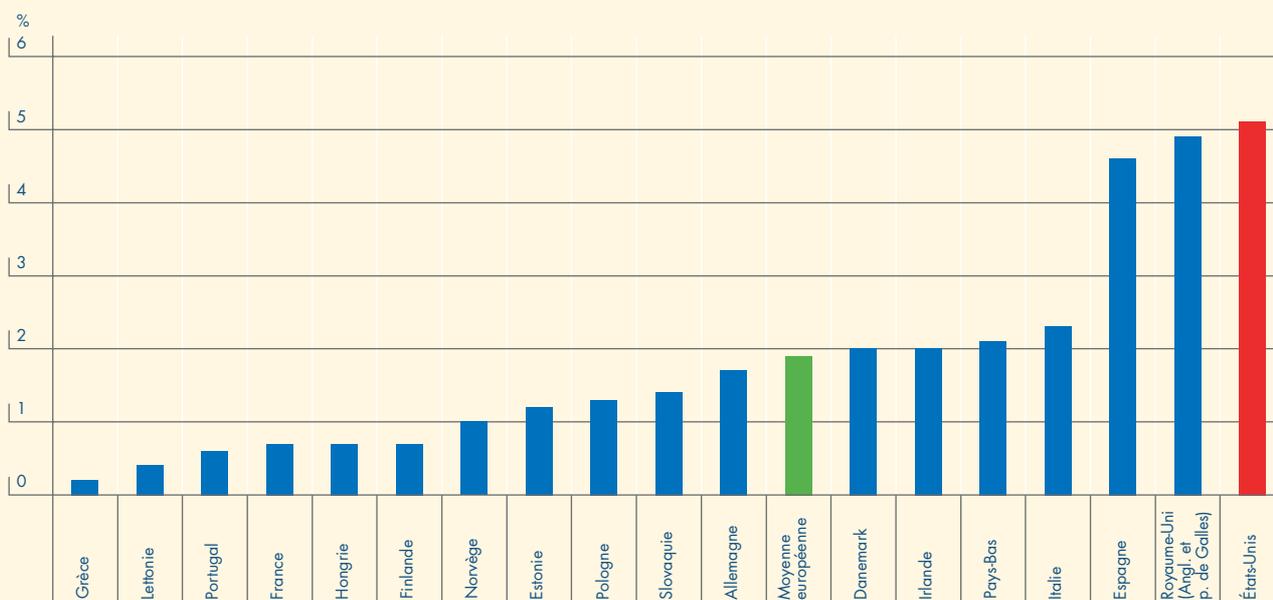
Usage récent (dernière année) de cannabis parmi les jeunes adultes (15 à 34 ans)



Usage récent (dernière année) d'ecstasy parmi les jeunes adultes (15 à 34 ans)



Usage récent (dernière année) de cocaïne parmi les jeunes adultes (15 à 34 ans)



NB: Aux États-Unis, l'étude a été réalisée en 2003, et le groupe d'âge comprend les personnes de 16 à 34 ans; les données ont été recalculées à partir des données originales.

Dans les pays européens, la plupart des études (17 sur 19) ont été réalisées entre 2001 et 2004, et le groupe d'âge standard comprend les personnes de 15 à 34 ans (dans certains pays, l'âge inférieur peut être 16 ou 18 ans).

Le taux de prévalence européen moyen a été calculé sur la base de la moyenne des taux de prévalence nationaux pondérée par la part dans la population nationale des 15-34 ans (2001, origine Eurostat).

Sources: États-Unis: Samhsa, Office of applied studies, National survey on drug use and health, 2003 (www.samhsa.gov et <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europe: tableau GPS-11 dans le bulletin statistique 2005 de l'OEDT. Sur la base des rapports nationaux Reitox (2004).

un quart et la moitié des usagers d'opiacés à problème pourraient suivre un traitement de substitution.

Le traitement de substitution n'est pas la seule solution ouverte aux usagers d'opiacés à problème, mais les données sur d'autres approches thérapeutiques sont insuffisantes pour permettre d'élaborer des estimations fiables sur l'offre de ces services à l'échelle de l'UE. Des progrès considérables ont été réalisés dans la mise au point de modèles de soins pour les usagers d'opiacés à problème et les éléments servant de base à l'évaluation de l'efficacité dans ce domaine sont relativement solides. Ce n'est pas le cas des usagers d'autres types de drogue, qui se présentent toujours plus nombreux aux portes des centres européens de traitement. Le consensus sur les options thérapeutiques les plus appropriées pour les usagers de stimulants ou de cannabis, par exemple, qui recherchent de l'aide est nettement plus fragile, et il est probable que le développement d'options de traitement efficaces pour ces patients va devenir un défi majeur.

Usage de drogue, infection par VIH et sida — Les interventions se multiplient et peuvent influencer sur les tendances générales

La multiplication des centres de traitement n'est pas le seul domaine dans lequel les services destinés aux usagers de drogue à problème se sont améliorés. Les programmes

d'échange de seringues, qui fournissent aux usagers de drogue par injection du matériel stérile, existent désormais dans presque tous les États membres de l'UE et, dans la plupart des pays, la tendance à moyen terme s'est orientée vers une augmentation de l'échelle des activités et de leur couverture géographique. Dans certains États membres, les pharmacies jouent également un rôle majeur dans l'extension de la couverture de ce type de programmes. Les programmes spécifiques sont souvent intégrés dans des services plus larges destinés aux usagers de drogue à problème, notamment les structures de première ligne, et sont donc souvent considérés comme une manière d'établir un contact avec des usagers de drogue actifs et peut-être de les conduire vers un traitement et d'autres services.

Dans l'ensemble, l'incidence du sida résultant de l'usage de drogue par injection recule depuis un certain temps. Les relations hétérosexuelles sont aujourd'hui le premier facteur de risque de la propagation du sida en Europe, devant l'usage de drogue par injection. Cette évolution résulte peut-être de la disponibilité croissante de la thérapie antirétrovirale très active (HAART) depuis 1996, de la multiplication des centres de traitement et des services de réduction des risques et de la baisse du nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) dans les pays les plus touchés. Selon des estimations de l'OMS, dans la plupart des pays européens, plus de 75 % des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral

très actif y ont accès. La couverture est toutefois jugée médiocre dans plusieurs pays baltes, ce qui se traduit par une hausse des nouveaux cas de sida parmi les UDVI, à tout le moins dans certains pays de la région. À un moment donné, le pourcentage des nouvelles infections par le VIH a augmenté de manière spectaculaire dans certains pays baltes, mais les chiffres récents ont baissé tout aussi spectaculairement, probablement en raison de la saturation des populations les plus exposées. En outre, le développement de l'offre de services pourrait avoir produit ses effets dans certaines régions.

Dans la majorité des autres nouveaux États membres de l'UE, les taux de prévalence du VIH restent bas, comme c'est le cas dans les États membres de l'EU-15. La plupart des pays de l'UE où les taux de prévalence du VIH étaient historiquement élevés chez les UDVI ont enregistré une diminution significative du nombre de cas et ensuite une stabilisation de la situation. Cela ne signifie pas pour autant que ces problèmes ont disparu. En effet, en dépit des difficultés méthodologiques qui rendent malaisée l'interprétation des tendances à l'échelle nationale, plusieurs études récentes font état de nouveaux cas de transmission dans certaines sous-populations d'UDVI et mettent en évidence la nécessité de rester vigilant.

Rapports globaux des sanctions légales pour possession ou consommation de drogue

Des données comparables au niveau européen sur la plupart des aspects des relations entre la drogue et la criminalité font grandement défaut. Les infractions à la législation antidrogue, à savoir les violations recensées de la législation sur le contrôle des drogues, sont la principale exception. Bien que la prudence soit de mise pour les comparaisons entre pays, il semble qu'entre la fin des années 90 et 2003, les infractions à la législation antidrogue ont augmenté dans de nombreux pays de l'UE. Les augmentations sont particulièrement marquées dans certains nouveaux États membres. Dans la plupart des pays, la majorité des rapports concernent la possession ou la consommation de drogue. Dans la plupart des États membres, les infractions concernent essentiellement le cannabis, et, depuis 1998, le pourcentage des délits liés au cannabis a augmenté ou est resté stable. En revanche, le pourcentage des délits liés à l'héroïne a chuté dans de nombreux pays.

Bon nombre de pays d'Europe s'inquiètent des répercussions plus larges de la consommation de drogue

sur les communautés dans lesquelles elle survient. Les questions de sécurité publique et l'exposition des jeunes à la drogue figurent parmi les préoccupations les plus couramment citées, qui peuvent être regroupées sous l'appellation générique de «Nuisances publiques liées à la drogue». Cette question est abordée en détail dans la section «Questions particulières» qui accompagne le rapport annuel, et, pour poursuivre dans le domaine de la justice, une autre question particulière passe en revue les stratégies visant à éviter l'incarcération aux usagers de drogue à problème et à les orienter vers un traitement [«Alternatives à l'incarcération — Cibler les délinquants usagers de drogue à problème au sein de l'UE» («Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU»)].

Évolution des politiques antidrogue — Certains points communs apparaissent, mais dans le respect des différences nationales

Ainsi que l'indique le présent rapport, il existe en Europe de grandes différences entre les États membres en ce qui concerne les problèmes de drogue auxquels ils doivent faire face, les politiques mises en place et la portée et la nature des interventions. Malgré cela, certains points communs se dégagent dans la situation que rencontrent la plupart des pays en matière de drogue. Sur le plan politique, les États membres ont pris un engagement général en faveur du développement d'une réponse équilibrée et fondée sur des preuves tangibles, dans le respect de leurs engagements internationaux, et, tout en reconnaissant que les politiques antidrogue relèvent de la compétence nationale, ils tiennent également compte des avantages qu'ils peuvent retirer d'une coopération européenne renforcée. Ces aspirations se retrouvent dans la stratégie et les plans d'action drogue de l'UE. La stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2000-2004 et le plan d'action qui l'accompagne, même s'ils n'ont pas réalisé tous les objectifs ambitieux qu'ils s'étaient fixés, témoignent d'une évolution importante dans la manière dont les États membres, les institutions européennes et les agences spécialisées peuvent travailler ensemble afin de coordonner et de mesurer les progrès réalisés en matière de drogue. La nouvelle stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2005-2012 a pour ambition de mener ce processus plus avant.



Chapitre 1

Nouveaux développements en matière de politiques et de législations

Introduction

Les développements politiques en matière de drogue parmi les États membres de l'UE sont inévitablement hétérogènes en raison de la diversité des approches suivies sur les plans national et européen. Toutefois, ce préalable n'exclut pas l'existence de caractéristiques communes méritant d'être analysées.

Durant la période considérée dans ce rapport, la première de ces caractéristiques est le mode d'évaluation des stratégies antidrogue dans les différents États membres. La mise en œuvre des stratégies nationales antidrogue est évaluée dans plusieurs pays de l'Union. Bien qu'il ne soit pas encore possible d'apprécier les effets de cette évaluation sur la politique en matière de lutte contre la drogue dans son ensemble, l'évaluation a déjà donné quelques résultats prometteurs. Nous comprenons mieux, désormais, les réussites et les échecs et, dans certains cas, l'évaluation a eu pour résultat l'allocation de davantage de ressources afin d'atteindre des objectifs stratégiques non réalisés. Par ailleurs, l'évaluation de la stratégie et du plan d'action 2000-2004 de l'UE est le premier résultat d'un processus important auquel participent à la fois les États membres, les institutions et les agences spécialisées de l'UE afin de mesurer les progrès accomplis dans la lutte contre la drogue. D'autres développements politiques sont intervenus durant la période couverte par le rapport, comme la réduction par certains pays des peines prévues pour usage de drogue et une sévérité accrue des sanctions liées au trafic de drogue et aux crimes et délits liés à la drogue qui menacent les mineurs.

Approche stratégique de la politique antidrogue au sein de l'Union européenne

La stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012), adoptée par le Conseil européen en décembre 2004, prend en compte les résultats de l'évaluation finale des progrès accomplis au cours de la période précédente (2000-2004). Cette stratégie a pour ambition d'apporter une valeur ajoutée aux stratégies nationales dans le respect des principes de subsidiarité et de proportionnalité inscrits dans les traités.

Elle fixe deux objectifs généraux à l'action de l'UE en matière de drogue:

- parvenir à un niveau élevé de protection de la santé, de bien-être et de cohésion sociale en complétant les efforts déployés par les États membres pour prévenir et réduire la consommation de drogue, la toxicomanie et les effets nocifs de la drogue sur la santé et la société;
- offrir un niveau élevé de sécurité à la population en prenant des mesures contre la production et l'offre de drogue, le trafic transfrontière ainsi qu'en intensifiant les actions préventives contre la criminalité liée à la drogue, par une coopération efficace entre les États membres.

Ces deux objectifs couvrent les six priorités identifiées dans la stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2000-2004. La nouvelle stratégie reprend l'approche intégrée, pluridisciplinaire et équilibrée conciliant des mesures de réduction de l'offre et de la demande. Elle se concentre sur deux domaines politiques et deux thèmes transversaux — «coopération internationale» et «information, recherche et évaluation» — et sur la «coordination».

En février 2005, la Commission européenne a présenté au Parlement européen et au Conseil européen une communication sur un plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008). L'OEDT et Europol ont été consultés durant l'élaboration de ce plan d'action. La Commission a également consulté la société civile. Le plan d'action, qui tient compte des résultats de l'évaluation du plan précédent, a été conçu de telle sorte que, pour chaque action, les acteurs soient clairement identifiés et que des outils d'évaluation, des indicateurs et des dates limites soient définis. Cette approche devrait faciliter le suivi des actions et permettre de fournir des conseils plus efficaces en matière de mise en œuvre du plan. La Commission rédigera des rapports annuels sur l'état d'avancement du plan d'action et procédera à une évaluation d'impact avant de proposer un nouveau plan pour la période 2009-2012.

Suivant l'exemple de l'UE, des stratégies nationales antidrogue ont été adoptées dans la plupart des États membres. Parmi les vingt-neuf pays considérés dans le présent rapport, vingt-six appliquent leur politique

nationale en matière de drogue selon une stratégie ou un plan national ou un document similaire. En ce qui concerne les autres pays, en Italie, le comité national pour la coordination des activités antidrogue a approuvé en mars 2003 un plan national actuellement à l'étude au niveau des régions et des provinces autonomes; quant à Malte et à l'Autriche, ces pays ont indiqué qu'une procédure était en cours en vue de la rédaction et de l'adoption d'une stratégie nationale antidrogue (au moment de la rédaction de ce rapport) ⁽¹⁾.

Sept États membres de l'UE ont adopté de nouvelles stratégies antidrogue (voir tableau 1). Le caractère global et pluridisciplinaire des politiques antidrogue semble être un principe accepté dans toutes les stratégies nationales, conformément à l'approche de l'UE dans ce domaine. Toutefois, le contenu des diverses stratégies nationales peut présenter des différences fondamentales, par exemple au niveau de la mise en œuvre des interventions, qui peut varier en dépit de l'utilisation de la même terminologie, du rôle que joue l'évaluation dans les stratégies, qui peut être importante ou marginale, voire de l'adoption d'approches politiques majeures comme la réduction des risques liés à la drogue. En effet, parmi les 26 documents politiques ou stratégiques analysés ⁽²⁾, la réduction des risques liés à la drogue apparaît comme le sujet le plus controversé: il est prédominant dans 12 documents, est compris dans la

discussion d'autres sujets dans 9 et n'est pas mentionné du tout dans 5.

L'évaluation des stratégies antidrogue livre ses premiers résultats

La stratégie antidrogue de l'Union européenne (2000-2004) a fait l'objet d'une évaluation durant la période considérée par ce rapport. Le Conseil «Justice et affaires intérieures» des 25 et 26 octobre 2004 a examiné le rapport de la Commission sur cette évaluation finale ⁽³⁾. Il s'agissait d'évaluer la mesure dans laquelle le plan d'action a atteint les objectifs fixés par la stratégie antidrogue et l'impact de la stratégie et du plan d'action sur la situation du phénomène de la drogue dans l'UE. Ce rapport a également alimenté le débat qui a abouti à l'adoption ⁽⁴⁾ d'une nouvelle stratégie antidrogue. Dans son travail d'évaluation, la Commission a été épaulée par un comité de pilotage (composé de représentants de la Commission, des quatre États membres assumant la présidence en 2003 et 2004, de l'OEDT et d'Europol). L'absence d'objectifs opérationnels précis et quantifiables a constitué une contrainte majeure de cet exercice.

La communication relative à l'évaluation finale et ses annexes ⁽⁵⁾ ont mis en évidence les principales réalisations dans le domaine de la drogue sur les plans national et

Tableau 1 — Nouvelles stratégies antidrogue nationales

Pays	Intitulés	Calendriers ou dates d'adoption	Objectifs	Objectifs quantifiables	Indicateurs de performance	Responsabilité de l'exécution	Budget pour l'exécution
Estonie	Stratégie nationale sur la prévention de la toxicomanie	2004-2012	✓	✓	✓	n.d.	n.d.
Estonie	Plan d'action de la stratégie orienté vers les buts	2004-2008	✓	✓	✓	✓	✓
France	Plan d'action contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool	2004-2008	✓	✓	✓	n.d.	✓
Chypre	Stratégie antidrogue nationale	2004-2008	✓	n.d.	n.d.	n.d.	✓ ⁽¹⁾
Lituanie ⁽¹⁾	Stratégie du programme national pour la prévention de la toxicomanie	2004-2008	✓	n.d.	✓	✓	✓
Luxembourg	Stratégie et plan d'action sur la drogue et la toxicomanie	2005-2009	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovénie ⁽¹⁾	Résolution sur le programme national en matière de drogue	2004-2009	✓	n.d.	n.d.	✓	✓
Finlande	Programme d'action de la politique antidrogue	2004-2007	✓	n.d.	n.d.	✓	n.d.

⁽¹⁾ Données fournies par le personnel des points focaux nationaux.

⁽²⁾ Objectifs quantifiables de la stratégie de Luxembourg non disponibles pour la réduction de l'offre.

⁽³⁾ La stratégie de Chypre précise que, pour atteindre son objectif, des ressources financières et humaines seront libérées. Aucun chiffre n'apparaît dans le texte.

NB: n.d.: données non disponibles.

⁽¹⁾ Pour de plus amples informations et des définitions, voir le site web de l'OEDT (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Aucune information sur ce sujet n'est disponible pour Malte, la Slovaquie et la Turquie.

⁽³⁾ COM (2004) 707 final.

⁽⁴⁾ Conclusions du Conseil européen (16 et 17 décembre 2004).

⁽⁵⁾ Parmi lesquelles figure le rapport conjoint OEDT-Europol Statistical Snapshot (1999-2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

communautaire et les secteurs où des avancées supplémentaires sont nécessaires. Le document souligne les progrès accomplis dans la voie de la réduction de l'incidence des problèmes de santé liés à la drogue [y compris l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et par celui de l'hépatite] et du nombre de décès liés à la drogue (objectif n° 2 de la stratégie antidrogue de l'UE) et, en particulier, l'amélioration de la disponibilité des traitements (objectif n° 3). En ce qui concerne l'objectif n° 1, à savoir la réduction de la consommation de drogue, aucune avancée significative n'a été observée. De même, la disponibilité des drogues n'a pas diminué (objectif n° 4). Toutefois, les objectifs n° 4 et 5 considérés conjointement semblent avoir servi de catalyseur à diverses initiatives européennes qui ont abouti au renforcement des mesures répressives contre le trafic et l'offre de drogue. Au cours de la période couverte par le plan d'action, plusieurs initiatives majeures ont vu le jour pour lutter contre le blanchiment d'argent (objectif n° 6.1) et prévenir le détournement des précurseurs (objectif n° 6.2), en particulier grâce à la modification de la législation communautaire sur le contrôle du commerce des précurseurs.

La communication a également insisté sur la nécessité de poursuivre les recherches, par exemple sur les facteurs biomédicaux, psychosociaux et autres qui sous-tendent la consommation de drogue et la toxicomanie, en particulier dans les secteurs où les informations sont toujours rares (comme la consommation de longue durée de cannabis ou de drogues de synthèse). La nécessité d'une consultation régulière de la société civile en vue de l'élaboration d'une politique communautaire en matière de drogue a été mise en avant. La Commission a également recommandé d'étendre la stratégie communautaire de cinq à huit ans, afin de couvrir la mise en œuvre de deux plans d'action consécutifs au cours de la période et de permettre la mise en œuvre complète et l'ajustement des initiatives pour les aligner sur les objectifs de la stratégie.

Plusieurs exercices d'évaluation menés au niveau national durant la période couverte par ce rapport sont dignes d'être mentionnés. Les évaluations réalisées par les pays qui ont adopté une approche plus « structurée » de leur stratégie antidrogue nationale sont particulièrement intéressantes, car leurs éléments peuvent être résumés comme suit: documentation formelle des objectifs; définition et quantification des buts à atteindre; identification de l'autorité chargée de la mise en œuvre et détermination de la date de réalisation des objectifs. Cette approche permet à ces pays de faire plus aisément rapport sur les actions entreprises, d'identifier les problèmes et, partant, de prendre des mesures, le cas échéant.

On trouve des exemples de cette approche dans les stratégies adoptées par la République tchèque, l'Irlande, le Luxembourg, la Pologne et le Portugal, où l'évaluation des stratégies antidrogue nationales a révélé — ou est

susceptible de révéler — les actions qui ont été menées à bien et les tâches restant à accomplir. L'évaluation de la stratégie antidrogue portugaise de 2004 constitue un exemple de la manière dont une approche structurée peut contribuer à évaluer les progrès réalisés. Des évaluateurs extérieurs ont conclu que des progrès ont été accomplis dans la réalisation de plusieurs des trente objectifs principaux du plan d'action portugais, huit objectifs ayant été totalement atteints et dix partiellement. Toutefois, l'absence d'informations a gêné l'évaluation d'autres objectifs et cinq ont été jugés non réalisés. En Allemagne, un comité de pilotage (le Conseil national sur la toxicomanie) a été institué afin de guider la mise en œuvre du plan d'action 2003 et d'en suivre les résultats.

L'adoption d'une stratégie antidrogue nationale ou l'évaluation de la réussite d'une stratégie antérieure a eu pour conséquence l'augmentation du budget lié à la lutte contre la drogue dans certains pays. En Grèce, par exemple, les dépenses allouées aux services de santé ont connu une hausse constante; en Hongrie, des fonds ont été débloqués pour financer les éléments non encore mis en œuvre de la stratégie, et, au Luxembourg, le budget du ministère de la santé consacré à la drogue est passé d'environ 1 million d'euros en 1996 à près de 6 millions d'euros en 2004. Cependant, dans tous les États membres, les dépenses publiques consacrées au problème de la drogue ne représentent qu'un pourcentage infime des dépenses totales (entre 0,1 et 0,3 % du budget). Cela peut, en partie, expliquer la constatation selon laquelle il n'existe pas, dans l'UE, de lien direct entre la croissance économique et les modifications connexes du budget général, d'une part, et la modification du niveau des dépenses publiques consacrées à la lutte contre la drogue, d'autre part.

Dans plusieurs pays de l'UE, les dépenses consacrées à la réduction de l'offre représentent toujours l'essentiel des dépenses publiques (entre 68 et 75 % du budget total alloué à la lutte contre la drogue, selon les estimations) ^(*). Cependant, dans quelques pays, comme Malte et le Luxembourg, les dépenses destinées à la réduction de la demande étaient apparemment supérieures à celles consacrées à la réduction de l'offre (le budget alloué à la réduction de la demande représentant respectivement 66 et 59 % des dépenses totales liées à la lutte contre la drogue dans ces deux pays). Cependant, aucune réponse claire n'est apportée à la question de savoir si les différences rapportées en termes de dépenses représentent une différence fondamentale dans les priorités politiques ou si elles reflètent un biais dans la collecte des données.

L'absence d'informations disponibles sur les dépenses publiques directes en matière de drogue demeure un problème. Cependant, certains signes donnent à penser que, parallèlement à l'intérêt académique croissant pour ce

(*) Voir la question particulière consacrée aux « dépenses publiques dans le domaine de la réduction de la demande de drogue » dans le rapport annuel 2003 de l'OEDT (<http://ar2003.emcdda.eu.int/fr/page077-fr.html>).

sujet (?), il existe un engagement politique grandissant pour l'identification et la description des dépenses publiques liées à la drogue, de sorte que les dépenses nationales dans ce domaine puissent devenir un élément clé des évaluations coût/bénéfice. En collaboration avec le réseau Reitox et la Commission européenne, l'OEDT met actuellement au point une méthodologie qui permettra d'élaborer des estimations cohérentes et fiables des dépenses publiques liées au phénomène de la drogue au sein de l'UE, comme le prévoit le plan d'action 2005 de l'UE.

Ce premier processus d'évaluation à l'échelle nationale et européenne constitue un mécanisme précieux de rétroaction, qui fournit aux décideurs des informations sur le degré de mise en œuvre de leurs décisions et leur coût et qui leur permet de renforcer les efforts dans les domaines où des problèmes ont été enregistrés ou pour lesquels l'évaluation a abouti à des conclusions défavorables. Bien qu'aucune preuve déterminante de l'impact des stratégies antidrogue nationales sur le phénomène global de la drogue ne soit encore disponible (OEDT, 2004a), l'approche consistant à «compter les points» est un signe positif et il est à espérer qu'elle enclenchera une tendance générale en Europe en faveur d'une évaluation détaillée de chaque stratégie antidrogue nationale.

Débats au sein des parlements nationaux et dans les médias

Les préoccupations sociétales concernant le phénomène de la drogue se reflètent à la fois dans les médias et dans les débats parlementaires. Au cours de la période couverte par le rapport, parmi les données sur les débats parlementaires fournies dans les rapports nationaux Reitox, les sujets les plus fréquents ont été la «réduction des risques» ou les interventions relevant de cette catégorie, la «consommation de cannabis» et la «criminalité liée à la drogue [et les] modifications connexes de la législation antidrogue».

Les avantages et inconvénients des thérapies de substitution et des mesures de réduction des risques par rapport aux approches *drug-free* (abstinence sans traitement de substitution) ont donné lieu à des débats parlementaires animés en République tchèque, en Estonie, en France, en Irlande et en Norvège. De vifs échanges politiques ont porté sur la proposition de rendre permanent le programme d'échange de seringues en Suède, même si cela doit se faire dans des conditions strictement contrôlées, et sur la création temporaire de salles d'injection en Norvège (voir la question particulière sur les législations nationales et les nuisances publiques).

Le cannabis demeure un sujet de discussion important, en particulier en Allemagne, où l'accent a surtout été mis sur la consommation de cannabis chez les jeunes, et au Luxembourg et au Portugal, où il a été proposé d'en permettre la vente sur prescription médicale. La consommation de cannabis, ou plus généralement la consommation de drogue dans les écoles et chez les jeunes, a fait l'objet de nombreux articles dans les médias en Belgique, en République tchèque, en Allemagne, à Chypre, au Luxembourg et en Autriche. Aux Pays-Bas, l'attention des médias s'est centrée sur l'augmentation de la concentration de tétrahydrocannabinol (THC) dans les cultures de cannabis (*nederwiet*) et sur les conséquences possibles sur la santé d'un cannabis extrêmement puissant. En Pologne, le cannabis a été la substance la plus évoquée par les médias, avec 865 occurrences sur un total de quelque 2 500 références aux drogues. Des projets de loi en faveur de sa légalisation ont été présentés en Belgique, au Danemark et dans certains conseils municipaux aux Pays-Bas [dans le but de résoudre le «*back door problem*»⁽⁸⁾], provoquant une forte opposition publique de la plupart des parlementaires et des ministres du gouvernement.

La perspective de modifications de la législation sur la drogue a attiré l'attention des médias et suscité un débat politique en France et en Italie. En France, une proposition visant à remplacer les peines de prison pour usage de drogue par des amendes a été abandonnée en raison des inquiétudes suscitées par le fait qu'une telle modification serait «interprétée comme un signe que les drogues ne sont pas très dangereuses» et aboutirait à «une nouvelle augmentation de la consommation et à une consommation plus précoce»⁽⁹⁾. En Italie, les médias se sont fait l'écho du vif débat parlementaire sur les modifications de la loi de 1990, et la différenciation des sanctions pour possession de drogue a attiré l'attention des médias et du monde politique tchèques.

La République tchèque, la Grèce, le Luxembourg, la Pologne et le Portugal ont entamé des recherches ad hoc afin d'analyser les messages des médias, et des campagnes médiatiques nationales visant notamment les jeunes ont été orchestrées en Belgique⁽¹⁰⁾, en Pologne et au Royaume-Uni⁽¹¹⁾.

Nouveaux développements dans les programmes et la législation de l'UE

D'importantes initiatives de l'UE en matière de drogue ont été engagées durant la période couverte par ce rapport dans les domaines de la santé publique, du trafic de drogue et du contrôle des précurseurs et des drogues de synthèse.

(?) En Belgique, en Espagne, en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Pour des références détaillées, voir le site web de l'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

(8) Les *coffee shops* peuvent avoir un stock maximal de 500 g de cannabis pour la vente, mais ils ne peuvent l'acheter que sur des marchés illicites. C'est ce que l'on appelle le «*back door problem*», le problème de la «porte de derrière».

(9) MILDT (2004), p. 43, cité dans le rapport national français.

(10) www.partywise.be

(11) Campagne «Talk to Frank» sur les risques liés à la consommation de cannabis (<http://www.talktofrank.com/>).

Mise en place d'un système de suivi sanitaire durable

La création et la mise en œuvre d'un système durable de suivi de la santé figurent parmi les principaux objectifs du programme de santé publique (2003-2008).

La Commission a poursuivi ses consultations avec les États membres et les instances internationales afin de consolider un ensemble d'indicateurs de santé pour la Communauté européenne. C'est ainsi que les «décès liés à la drogue» et la «consommation de substances psychotropes» ont été inclus dans le projet de liste d'indicateurs clés, renforçant ainsi les liens structurels avec l'OEDT en tant que source potentielle de données.

Santé publique

Au niveau européen, la prévention de la toxicomanie figure parmi les facteurs déterminants de la santé du programme de santé publique ⁽¹²⁾. Le plan de travail pour 2004 de ce programme se fonde sur la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 et sur la mise en place, avec la participation de l'OEDT, d'une plate-forme adéquate pour procéder à un inventaire des activités à l'intérieur de l'UE. La Commission a encouragé les parties intéressées à présenter des propositions intégrant une approche des styles de vie afin d'aborder la question de l'abus de toutes les substances susceptibles d'entraîner une dépendance, en particulier dans les espaces festifs (comme les boîtes de nuit) et les prisons. Elle était particulièrement intéressée par l'élaboration de meilleures pratiques et par les améliorations à apporter aux communications et à la diffusion d'informations selon des techniques modernes. La Commission a retenu quatre projets en 2004, dont le but est de prévenir les comportements à risque, d'harmoniser les connaissances internationales sur les effets secondaires biomédicaux du dopage, de renforcer le transfert de connaissances sur les réponses à la consommation de drogue et d'étendre aux nouveaux États membres une source d'informations existant sur le web au sujet des drogues licites et illicites.

Trafic de drogue

En 2004, l'Union européenne a adopté divers instruments pour lutter contre le trafic de drogue. La décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil du 25 octobre 2004 établit des dispositions minimales relatives aux éléments constituant des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue ⁽¹³⁾ et constitue un instrument fondamental dans la lutte contre le trafic de drogue grâce à l'établissement de peines minimales pour ces délits dans les États membres.

Par ailleurs, en décembre 2004, le Conseil est parvenu à un accord sur une décision relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives. Cette décision sert de cadre à un échange efficace d'informations sur les nouvelles substances psychotropes et de mécanisme de contrôle au niveau européen.

Le 30 mars 2004, le Conseil a adopté une recommandation concernant les lignes directrices relatives au prélèvement d'échantillons des drogues saisies, laquelle recommande que, lorsque tel n'est pas encore le cas, les États membres instaurent un système de prélèvement d'échantillons conformément à des lignes directrices acceptées internationalement. Le Conseil a également adopté une résolution sur le cannabis et un rapport d'avancement sur les plans de mise en œuvre de la réduction de l'offre et de la demande de drogue et l'offre de drogues de synthèse.

Le 11 février 2004, le Parlement européen et le Conseil ont adopté le règlement (CE) n° 273/2004 relatif aux précurseurs de drogues ⁽¹⁴⁾. Cet instrument établit des mesures harmonisées pour le contrôle et la surveillance, à l'intérieur de la Communauté, de certaines substances fréquemment utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes en vue d'éviter leur détournement. Ce règlement énonce, en particulier, des lignes directrices afin que chaque État membre adopte les mesures nécessaires pour permettre à ses autorités compétentes de mener à bien leurs tâches de contrôle et de surveillance et fournit des informations sur la manière de reconnaître et de signaler les transactions suspectes. Le 22 décembre 2004, le Conseil a adopté le règlement (CE) n° 1111/2005 fixant des règles pour la surveillance du commerce des précurseurs de drogues entre la Communauté et les pays tiers.

Dans le prolongement d'une résolution du Conseil datant de novembre 2002, la Commission européenne a présenté une étude sur une liste générique et une liste d'urgence pour le contrôle des drogues de synthèse lors de la réunion de novembre 2004 du groupe horizontal «Drogues» (GHD). En avril 2004, elle a également présenté au GHD des propositions en vue d'améliorer les méthodes de cartographie des réseaux de distribution de drogues de synthèse dans l'UE.

Nouvelles législations nationales

Les jeunes

Durant la période considérée dans ce rapport, les modifications des législations nationales de plusieurs États membres ont inclus des mesures visant à protéger les

⁽¹²⁾ Décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008). Déclarations de la Commission, JO L 271 du 9.10.2002, p. 1-12.

⁽¹³⁾ JO L 335 du 11.11.2004, p. 8; voir également le rapport annuel 2004 de l'OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ JO L 47 du 18.2.2004, p. 1.

jeunes contre les délinquants ou à réagir face à la possibilité qu'ils puissent avoir envie de consommer de la drogue.

La protection peut être conférée selon une approche directe ou plus générale. En Hongrie, la loi de mars 2003 tend à protéger les personnes de moins de 18 ans contre l'abus de stupéfiants, et les sanctions pour les adultes sont plus sévères lorsqu'il s'agit de délits impliquant des mineurs. En Estonie, au début de 2004, des modifications de la législation ont été adoptées afin d'introduire des sanctions plus lourdes pour la plupart des délits liés à la drogue, y compris l'incitation de mineurs à la consommation de drogues illicites.

Au Danemark, la loi sur les antidépresseurs a été modifiée en juillet 2004. La distribution de drogue dans les restaurants, les discothèques ou des lieux similaires fréquentés par des enfants ou des jeunes est désormais considérée comme une circonstance particulièrement aggravante. Ces délits devraient toujours être passibles d'une peine d'emprisonnement et l'intention est que la peine moyenne d'emprisonnement soit prolongée d'un tiers pour ce type de délits. De la même manière, depuis octobre 2004, en Espagne, le trafic de drogue aux abords des écoles est une circonstance aggravante et, en outre, la limite d'âge pour un «jeune» d'être accusé de faire du trafic a été relevée de 16 à 18 ans. Des orientations sur la nouvelle législation en vigueur en Angleterre et au pays de Galles ont été publiées sous le titre *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003) et donnent des conseils sur la manière de traiter les personnes trouvées en possession de cannabis dans des lieux tels que des écoles, des centres de jeunesse et des terrains de jeu ou dans leurs environs immédiats.

La Lettonie a adopté en décembre 2003 diverses mesures concernant les jeunes usagers de drogue, dont deux règlements ministériels. Le premier décrit les procédures pour le traitement obligatoire en institution (avec l'autorisation des parents) d'enfants surpris en train de consommer de la drogue et le second précise la marche à suivre lorsque des drogues ou d'autres substances intoxicantes sont trouvées dans une école. En Angleterre et au pays de Galles, les personnes âgées de moins de 18 ans arrêtées pour une infraction liée au cannabis reçoivent encore une réprimande ou un dernier avertissement ou sont inculpées par la police, en fonction de la gravité de l'infraction. Après un dernier avertissement, le jeune délinquant est remis à une équipe chargée des jeunes délinquants (youth offending team ou YOT), qui prendra les dispositions nécessaires en vue d'un traitement ou d'un autre type d'aide.

En République tchèque, la loi sur la justice des mineurs, qui est entrée en vigueur en 2004, modifie les conditions applicables aux jeunes impliqués dans des infractions au

code pénal, qui prime sur les lois générales. Les mesures pénales ne doivent être imposées que lorsqu'elles sont nécessaires, et des mesures éducatives peuvent englober l'interdiction de consommer des substances ou une obligation de suivre une thérapie. Les limites maximales des peines autres que l'emprisonnement correspondent désormais à la moitié de celles infligées aux adultes. En Pologne, un arrêté ministériel datant de janvier 2003 prévoit des formes spécifiques d'activités éducatives et préventives pour les enfants et les jeunes menacés par la drogue. Les écoles doivent mettre en place des stratégies éducatives et préventives.

En octobre 2003, la base européenne de données juridiques sur les drogues (ELDD) a publié une étude comparative sur les législations relatives aux drogues et aux jeunes ⁽¹⁵⁾, qui a servi de base à un document de la Commission sur l'évaluation du plan d'action 2000-2004 de l'UE, publiée en octobre 2004 ⁽¹⁶⁾. Celle-ci a révélé qu'au total, vingt-deux lois, adoptées par onze États membres (sur quinze), traitaient des questions relatives aux jeunes abordées par le plan d'action. La majorité d'entre elles avaient pour but d'offrir des alternatives à l'incarcération, bien que six pays aient adopté des instruments visant à réduire la prévalence de l'usage de drogue, en particulier chez les jeunes. Dans l'ensemble, le législateur a fait preuve de relativement peu d'originalité et a accordé assez peu d'attention à ces points du plan d'action au cours des cinq années écoulées. Pour une analyse approfondie des mesures destinées aux jeunes délinquants toxicomanes, voir la question particulière consacrée aux alternatives à l'incarcération.

Réduction des risques

En 2003 et 2004, plusieurs lois relatives à la réduction des risques ont été adoptées.

En France, les parlementaires ont adopté en août 2004 une loi relative à la politique de santé publique, sous la forme d'un plan quinquennal intégrant la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue dans la réglementation sur la santé publique, donnant une définition officielle de la réduction des risques et la plaçant dans le domaine des compétences de l'État.

En Finlande, un décret gouvernemental a modifié la loi sur les maladies transmissibles, qui dispose désormais que les spécialistes des maladies transmissibles des centres de santé doivent engager un travail de prévention, notamment prodiguer des conseils de santé aux usagers de drogue par voie intraveineuse et mettre en œuvre un programme d'échange de seringues, le cas échéant. Au Luxembourg, le décret grand-ducal de décembre 2003 régit le programme national de distribution de seringues en définissant les centres et les professionnels autorisés à fournir des seringues aux toxicomanes. Ce décret s'inscrit

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* (Les jeunes et la drogue: tour d'horizon juridique) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000-2004* (Les jeunes et la législation sur la drogue) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

dans une tendance autorisant la possession et la fourniture de seringues stériles dans le cadre d'une législation explicite ⁽¹⁷⁾, soutenue par le plan d'action 2000-2004 de l'Union européenne, qui prévoyait le renforcement des actions prophylactiques. D'autres informations sur le cadre législatif peuvent être consultées dans l'aperçu thématique de l'ELDD «Cadre juridique des programmes d'échange de seringues» ⁽¹⁸⁾.

Au Royaume-Uni, le Misuse of Drugs Act (loi sur l'abus de drogue) a été modifié en août 2003 pour permettre aux médecins, aux pharmaciens et aux assistants sociaux spécialisés de fournir légalement des compresses désinfectantes, de l'eau stérile, certains ustensiles de mélange (comme des cuillères, des bols, des coupes et des assiettes) et de l'acide citrique aux usagers de drogue ayant obtenu des drogues sous contrôle sur prescription médicale. En juin 2004, le Parlement norvégien a adopté, pour une durée de trois ans, une loi provisoire concernant un programme expérimental de salles d'injection de drogue. Cette loi exempte les usagers des salles d'injection de toute sanction pour possession et usage d'une dose de drogue et a autorisé l'ouverture d'une salle d'injection en février 2005.

En République tchèque, plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) offrent des services d'analyse de comprimés, en vue de réduire le risque de consommation d'une substance inconnue ou inattendue, bien que la légalité de ces programmes fasse l'objet d'un débat animé. Aucune poursuite pénale n'a été engagée en 2003 et la seule affaire déférée au parquet par la police (une affaire datant de 2002) a été rejetée par le procureur. Le bureau du procureur général a depuis publié des orientations en la matière.

Dans le droit-fil de cette évolution législative, les services chargés de la réduction des risques sont généralement reconnus par la nouvelle stratégie et le nouveau plan d'action antidrogue de l'UE comme une réponse valable à la demande accrue d'accès aux programmes d'échange de seringues en vue de réduire les risques liés à la drogue pour la santé de l'individu et la société dans son ensemble.

Sanctions

Au cours de la période considérée par le présent rapport, plusieurs pays ont également modifié leur législation en ce qui concerne les sanctions applicables à divers délits, outre ceux visés plus haut et qui concernent en particulier les jeunes. À titre d'exemple, la Belgique et le Royaume-Uni ont déclaré que, l'an dernier, ils avaient effectivement réduit la sanction pour possession non problématique de cannabis. En Belgique, une nouvelle directive promulguée en février 2005 précise les exceptions à cette réduction de peine, mais impose des poursuites dans les cas de

«troubles de l'ordre public». Cela couvre la possession de cannabis dans des lieux ou à proximité d'endroits où des jeunes scolarisés sont susceptibles de se réunir (écoles, parcs, arrêts de bus) et la possession «flagrante» dans un lieu ou un bâtiment public. Au Danemark, en mai 2004, une modification de la loi sur les substances euphorisantes et une circulaire du procureur général précisaient que la possession de drogue pour son usage personnel sera désormais normalement passible d'une amende plutôt que d'un avertissement, comme c'était le cas auparavant.

Ces évolutions suivent la tendance rapportée par l'OEDT qui se dessine depuis quelques années en ce qui concerne les modifications des éventuelles sanctions applicables aux usagers et aux trafiquants de drogue ⁽¹⁹⁾. Ainsi, par exemple, en 2003, la Belgique a créé une nouvelle catégorie d'infractions, permettant aux usagers de cannabis qui ne posent pas de problème de ne pas être poursuivis. La Grèce a réduit la peine maximale pour usage de drogue de cinq ans à un an, et la Hongrie a supprimé le délit d'usage de drogue de son code pénal. En 2002, l'Estonie a supprimé le délit d'usage répété ou de possession d'une petite quantité de drogue illicite pour usage personnel (et la peine d'emprisonnement maximal de trois ans qui y était liée), alors que la Lituanie a ajouté le délit de possession de drogue dans son code pénal, un délit assorti d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à deux ans. En 2001, le Luxembourg a dépénalisé la consommation de cannabis et supprimé la peine d'emprisonnement associée à la simple consommation de drogue sans circonstances aggravantes. La Finlande a créé le délit d'usage de drogue, qui est passible d'une peine d'emprisonnement maximale réduite et d'une procédure pénale sommaire devant le procureur. En 2000, le Portugal a adopté des sanctions administratives pour usage de drogue, tandis que, la même année, la Pologne abolissait l'exemption de sanction pour le délit de possession de drogue. Cette évolution ne traduit toutefois pas un relâchement du contrôle des répercussions de l'usage de drogue sur la société, comme l'illustrent la question particulière consacrée aux nuisances publiques et les restrictions de possession à proximité des jeunes, qui ont été abordées plus haut.

En ce qui concerne les personnes soupçonnées de trafic, la tendance est à l'aggravation de la sanction éventuelle. Au Danemark, les peines maximales pour les crimes et délits liés au trafic de drogue ont été relevées de plus de 50 % en mars 2004. Au début de 2004, l'Estonie a adopté des peines plus sévères pour la plupart des crimes et délits liés à la drogue, en particulier lorsqu'il existe des circonstances aggravantes. Au Royaume-Uni, la peine maximale pour le trafic de substances de la classe C est passée de cinq à quatorze années de prison. En outre, ces dernières années, en Grèce (2001), en Lituanie (2000) et

⁽¹⁷⁾ Sept pays ont légiféré depuis 1999: la Belgique, la France, le Luxembourg, la Pologne, le Portugal, la Slovénie et la Finlande.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Pour plus de détails, voir le document thématique de l'OEDT *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (L'usage illicite de drogue dans l'UE: approches législatives) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

en Irlande (1999), l'accent s'est davantage porté sur les peines relatives aux infractions spécifiques que sont la distribution aux jeunes (voir plus haut) et le trafic. Cette augmentation généralisée de la sévérité des peines frappant le trafic de drogue se retrouve dans la décision-cadre du Conseil d'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 drogue sur le lieu de travail

Deux pays ont fait état de leur intention de légiférer sur la drogue au travail. En Finlande, la loi sur la protection de la vie privée au travail (79/2004) tend à réglementer et à renforcer la vie privée du travailleur en ce qui concerne les tests de dépistage de drogue dans la vie professionnelle. La loi dispose que l'employeur et le personnel doivent mettre en place un programme antidrogue sur le lieu de travail, comprenant des plans de prévention et des possibilités de traitement et l'établissement de la liste des emplois qui nécessitent un test de dépistage de drogue. Durant la procédure de recrutement, un employeur peut uniquement demander au candidat retenu de fournir un certificat de test de dépistage de drogue. L'employeur a le droit d'utiliser les informations figurant sur le certificat si l'emploi concerné demande de la précision, de la fiabilité, une capacité d'analyse indépendante ou de la vigilance et si l'accomplissement du travail sous l'influence ou la dépendance de drogue peut mettre en danger la vie ou la santé ou entraîner des risques considérables. En cours

d'emploi, le travailleur ne doit fournir un certificat que s'il existe un motif légitime de soupçonner qu'il est dépendant ou qu'il travaille sous l'influence de drogue.

En Irlande, la proposition de loi sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail a été publiée en juin 2004. L'un des articles impose aux travailleurs de veiller à ce qu'ils ne soient pas sous l'influence d'une substance intoxicante au travail dans la mesure où ils mettraient en danger leur propre sécurité, santé ou bien-être au travail ou ceux de toute autre personne. Elle impose également aux travailleurs, si leur employeur leur en fait raisonnablement la demande, de se soumettre à tout test approprié, raisonnable et proportionné réalisé par une personne compétente.

La prévention dans des endroits particuliers, comme le lieu de travail, est mise en évidence dans le nouveau plan d'action de l'Union européenne. L'accent accru en faveur d'une prévention ciblée peut faire contrepoids à la tendance généralisée à la réduction de la sévérité des sanctions infligées aux usagers de drogue, en raison peut-être de l'inquiétude concernant la prévalence et la fréquence de la consommation de drogue dans l'UE. Toutefois, il n'existe pas de chiffres précis sur l'ampleur véritable de ce phénomène, et le dépistage de drogue pour toute autre raison que la détermination de leur influence réelle pourrait soulever des questions juridiques complexes liées à la vie privée dans le cadre de certaines législations nationales et internationales. Entre-temps, les investissements privés se poursuivent afin d'améliorer la précision et la facilité d'utilisation des kits de dépistage.

Nuisances publiques liées à la drogue: tendances en termes de politiques et de mesures, extrait du Rapport annuel 2005 de l'OEDT — Questions particulières

Les nuisances publiques constituent une préoccupation nouvelle dans le débat politique sur la drogue sur les plans national et européen. Les comportements et activités généralement couverts par l'expression «nuisances publiques liées à la drogue» existent depuis longtemps dans la plupart des États membres, les pays candidats et la Norvège. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène nouveau, mais plutôt d'une nouvelle tendance de la politique antidrogue, qui émerge dans quelques États membres, à classer et à regrouper ces phénomènes sous un concept générique et à considérer la réduction de leur fréquence comme un objectif de la stratégie nationale antidrogue.

Dans quelle mesure cette tendance est-elle répandue dans les pays européens? Existe-t-il un consensus sur la définition de ce concept? Comment évaluer la nature et l'ampleur de

ce phénomène? Quelles sont les politiques qui ont pour but de réduire les nuisances publiques liées à la drogue et quelles sortes d'interventions sont mises en œuvre, indépendamment du fait qu'elles soient spécifiquement et explicitement conçues dans ce but? Existe-t-il déjà des résultats d'évaluation? Des normes de qualité ont-elles été définies pour les interventions? Voilà quelques-unes des principales questions auxquelles ce dossier s'efforce de répondre.

En faisant le point du développement des nuisances publiques liées à la drogue dans le débat politique en Europe, l'OEDT entend informer les décideurs politiques et le grand public sur la nature du phénomène ainsi que sur les tendances observées et les mesures prises dans ce domaine de la politique antidrogue.

Cette question particulière est disponible sur support papier et sur l'internet en anglais uniquement: «Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Chapitre 2

L'école, les jeunes et la drogue

Dans une large mesure, les données comparables sur la consommation d'alcool et de drogue chez les jeunes proviennent d'enquêtes sur les 15-16 ans. Le projet ESPAD (European School Survey on Alcohol and Other Drugs — Enquête européenne sur l'alcool et les autres drogues en milieu scolaire) a mené plusieurs enquêtes en 1995, 1999 et, plus récemment, en 2003. L'enquête de 2003 (Hibell e.a., 2004) fournit des données comparables sur vingt-deux États membres de l'Union européenne, la Norvège et trois pays candidats (Bulgarie, Roumanie et Turquie). D'autres études menées dans les écoles (aux Pays-Bas, en Suède et en Norvège, notamment) et les enquêtes HBSC

(Health Behaviour in School-Aged Children — Comportement sanitaire des enfants en âge d'être scolarisés) fournissent également des données sur la consommation de drogue parmi les élèves, et leurs conclusions sont généralement très similaires.

Prévalence et modes de consommation

Cannabis

Les données de la dernière enquête ESPAD, qui remonte à 2003, font apparaître que la prévalence, au cours de la

Le projet européen d'enquête sur l'alcool et les autres drogues en milieu scolaire (ESPAD): une source d'informations de plus en plus complète pour comprendre les tendances de la consommation d'alcool et de drogues par les jeunes

L'ESPAD est une source importante d'informations sur la consommation de drogues et d'alcool parmi les élèves européens et revêt une valeur inestimable en termes d'enregistrement des tendances dans le temps. Des enquêtes ESPAD ont été menées en 1995, 1999 et 2003. Le recours à des méthodes et instruments standardisés auprès d'échantillons représentatifs sur le plan national d'élèves âgés de 15 à 16 ans donne un ensemble de données comparables de grande qualité. La participation aux enquêtes ESPAD s'est accrue à chaque fois, et des États membres de l'UE tout autant que des pays tiers y participent. En 1995, vingt-six pays européens avaient pris part à l'enquête (dont les dix pays qui ont rejoint l'UE en mai 2004). Ce chiffre est passé à trente en 1999, tandis que l'enquête de 2003 a concerné un nombre impressionnant de trente-cinq pays, dont vingt-trois États membres de l'UE (dont les dix pays qui ont adhéré à l'UE en 2004), trois pays candidats (Bulgarie, Roumanie et Turquie) et la Norvège. L'Espagne n'a pas pris part à l'enquête, mais le rapport ESPAD 2003 présente des données nationales provenant de l'enquête espagnole en milieu scolaire (PNSD).

La comparabilité des données de l'enquête ESPAD en milieu scolaire repose sur la standardisation de la tranche d'âge ciblée, de la méthode et du moment de la collecte des données, ainsi que de l'utilisation d'un échantillon aléatoire, de la solidité du questionnaire et de la garantie de l'anonymat.

Les questions de l'enquête portent essentiellement sur la consommation d'alcool (prévalence au cours de la vie, des douze derniers mois et des trente derniers jours, consommation moyenne, *binge drinking*) et l'usage de drogues illicites (prévalence au cours de la vie, des douze derniers mois et des trente derniers jours, y compris des mesures de la fréquence de l'usage de drogue durant ces périodes).

Voici quelques-unes des principales conclusions de l'enquête 2003 menée dans les États membres de l'UE, les pays candidats et la Norvège:

- le cannabis est de loin la substance illicite la plus couramment consommée;
- l'ecstasy est la deuxième drogue illicite la plus consommée, mais l'expérimentation est relativement faible;
- l'expérimentation des amphétamines, du LSD et d'autres hallucinogènes est faible;
- bien que la prévalence de consommation soit relativement faible, les champignons hallucinogènes sont les hallucinogènes les plus couramment consommés dans douze États membres de l'UE;
- parmi les autres substances consommées par les élèves figurent les tranquillisants et les somnifères sans prescription médicale (le taux national déclaré le plus élevé est de 17 %) et des produits pour inhalation (pourcentage maximal déclaré: 18 %);
- la prévalence du *binge drinking* au cours des trente derniers jours (défini comme la consommation d'au moins cinq boissons d'affilée) varie considérablement selon les pays.

Des informations sur l'enquête ESPAD et le nouveau rapport sont disponibles sur le site web de l'ESPAD (www.espad.org).

vie, de l'usage de cannabis parmi les élèves de 15 à 16 ans est la plus élevée en République tchèque (44 %) (voir graphique 1). Les estimations de prévalence au cours de la vie sont les plus basses (moins de 10 %) en Grèce, à Chypre, en Suède, en Roumanie, en Turquie et en Norvège. Les pays où le pourcentage est supérieur à 25 % sont, notamment, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Slovénie (27 et 28 %), tandis que les estimations de prévalence au cours de la vie les plus élevées, comprises entre 32 et 40 %, sont rapportées en Belgique, en France, en Irlande et au Royaume-Uni. Dans la plupart des pays, on assiste depuis 1995 à une augmentation constante du nombre d'étudiants ayant déjà expérimenté le cannabis⁽²⁰⁾. Toutefois, les variations entre pays sont sensibles.

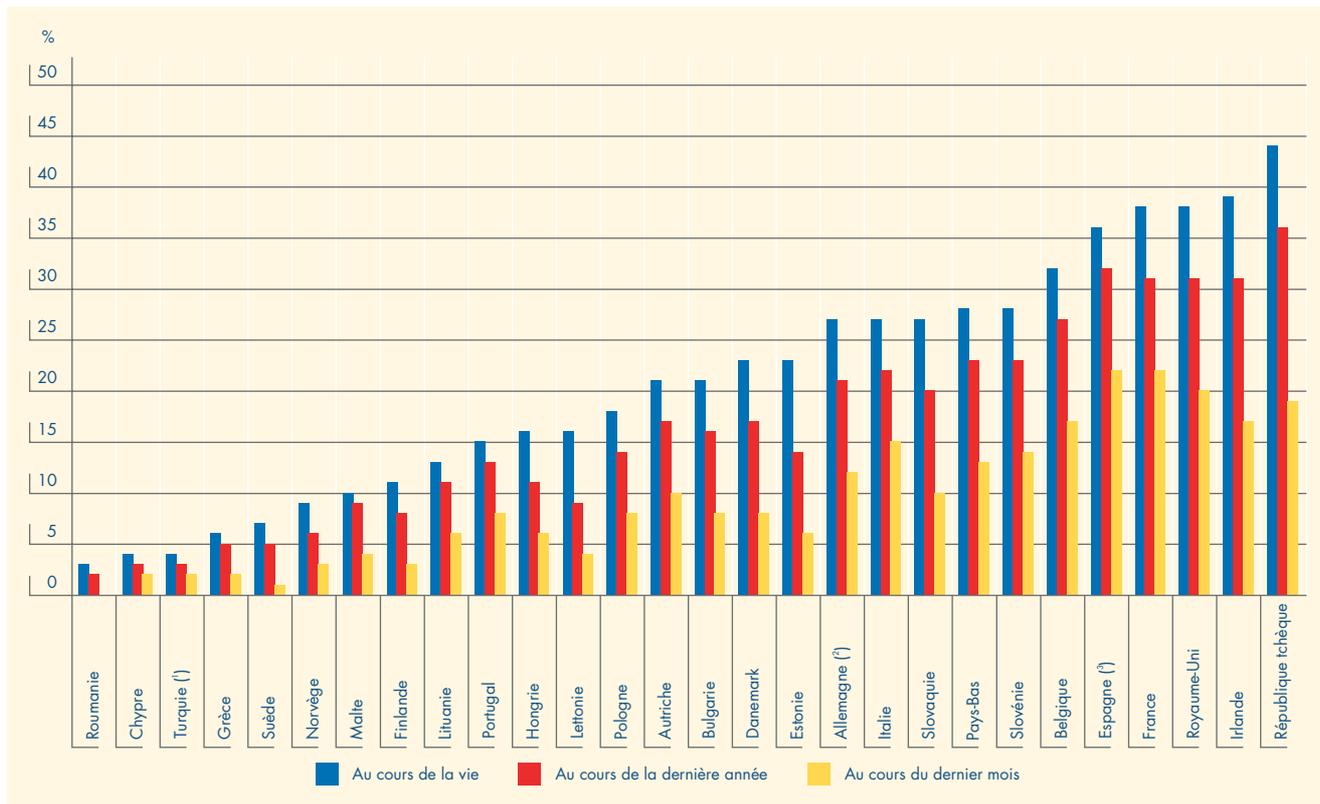
De nouvelles données issues des enquêtes ESPAD de 2003 chez les élèves de 15 à 16 ans montrent que la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis oscille entre 3 et 44 %. Entre 2 et 36 % des élèves déclarent avoir consommé de la drogue au cours des douze derniers

mois, tandis que l'usage au cours du dernier mois varie de 0 % dans certains pays à 19 % dans d'autres⁽²¹⁾ (voir graphique 1). On observe des variations relatives entre les différents taux de prévalence. Ainsi, la prévalence au cours de la vie est la plus élevée en République tchèque, mais la consommation récente (au cours du dernier mois) est la plus forte en Espagne et en France (22 %).

Dans presque tous les pays, la prévalence de l'usage de cannabis est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La différence entre les sexes est plus marquée chez les élèves qui déclarent avoir consommé du cannabis plus de 40 fois dans leur vie⁽²²⁾.

Des élèves plus âgés (17 à 18 ans) ont été inclus dans les enquêtes nationales en milieu scolaire menées dans onze États membres de l'UE et en Bulgarie. La prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis dans cette tranche d'âge variait de moins de 2 % à Chypre à 56 % en République tchèque, alors que la consommation récente de cannabis (au cours du dernier mois) oscillait entre moins de 1 % à Chypre et près de 30 % en France. Dans

Graphique 1 — Prévalence au cours de la vie, de la dernière année et du dernier mois de l'usage de cannabis parmi les élèves de 15 à 16 ans en 2003



(1) Les chiffres turcs ne concernent qu'une ville importante dans chacune des six régions (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir et Samsun).

(2) Les données allemandes ne concernent que six régions (Bavière, Brandebourg, Berlin, Hesse, Mecklembourg - Poméranie-Occidentale et Thuringe).

(3) L'Espagne n'a pas participé à l'enquête ESPAD. Les données présentées ici reposent sur une enquête espagnole réalisée en novembre et en décembre 2002. Les questions sur la prévalence de l'usage de drogue peuvent être considérées comme comparables aux questions ESPAD, mais d'autres aspects de la méthode font que les données espagnoles ne sont pas strictement comparables.

Source: Hibell e.a., 2004.

(20) Voir graphiques EYE-1 (partie ii) et EYE-1 (partie ix) du bulletin statistique 2005.

(21) Voir chapitre 3 pour un compte rendu plus détaillé de la consommation de cannabis chez les élèves.

(22) Voir graphique EYE-1 (partie iii) du bulletin statistique 2005.

tous les pays qui ont mené une étude, à l'exception de Chypre, la prévalence estimée parmi les élèves plus âgés était supérieure à celle des élèves de 15 à 16 ans ⁽²³⁾.

Entre 1999 et 2003, la République tchèque a enregistré une hausse de 5 % du nombre d'élèves ayant déclaré avoir expérimenté le cannabis à 13 ans ou plus tôt. Treize autres pays de l'UE ont fait état de hausses limitées (1 à 3 %) ⁽²⁴⁾. Un tassement (de 1 %) a été enregistré uniquement aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Selon une étude récente d'Eurobaromètre (2004) ⁽²⁵⁾, le nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui ont déclaré s'être vu proposer du cannabis est passé de 46 % en 2002 à 50 % en 2004. Au cours de la même période, le nombre de jeunes ayant déclaré qu'ils connaissaient des personnes qui avaient consommé du cannabis a également progressé de 65 à 68 %.

Les enquêtes ESPAD montrent que la perception qu'ont les élèves du cannabis, tant en ce qui concerne les risques liés à sa consommation que la disponibilité de la drogue, est fortement liée à la prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis. Le rapport entre le risque et la prévalence est inversé ⁽²⁶⁾; en d'autres termes, une perception élevée du risque est associée à une faible prévalence de l'usage et inversement, mais la perception de la disponibilité a un rapport direct avec la prévalence de l'usage au cours de la vie ⁽²⁷⁾.

Les jeunes des pays où la prévalence moyenne estimée de l'usage de cannabis est plus élevée pourraient être de plus en plus enclins à considérer la consommation de cannabis comme «normale». La plupart des pays qui enregistrent des estimations relativement élevées de l'usage de cannabis au cours de la vie rapportent également des estimations relativement élevées de *binge-drinking* (défini comme la consommation de plus de cinq boissons alcoolisées d'affilée) au cours des trente derniers jours ⁽²⁸⁾, ce qui donne à penser que ces deux comportements pourraient faire partie d'un même mode de vie. La France, l'Italie et la Bulgarie font figure d'exception, puisque la consommation de cannabis y est relativement élevée, mais le *binge-drinking* relativement faible.

Autres drogues

Selon l'enquête ESPAD 2003 ⁽²⁹⁾, la prévalence de l'usage d'ecstasy a été supérieure à celle des amphétamines dans quatorze États membres de l'UE et pays candidats. Les pourcentages les plus bas de consommation d'ecstasy au cours de la vie (2 % ou moins) ont été observés au Danemark, en Grèce, à Chypre, en Lituanie, à Malte, en

Finlande, en Suède, en Roumanie, en Turquie et en Norvège. Des taux de prévalence plus élevés, de l'ordre de 3 à 4 %, ont été enregistrés en Belgique, en Allemagne, en France, en Italie, en Lettonie, en Autriche, en Pologne, au Portugal, en Slovénie, en Slovaquie et en Bulgarie. Les pays présentant les taux de prévalence au cours de la vie les plus élevés étaient la République tchèque (8 %), l'Estonie, l'Espagne, l'Irlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni (5 %).

S'agissant des taux de prévalence à des périodes différentes, le taux le plus élevé de prévalence au cours de la vie de l'usage d'ecstasy en 2003 s'établissait à 8 % contre 5 % pour l'usage au cours des douze derniers mois (usage récent) et 2 % pour l'usage au cours du dernier mois (usage actuel).

Des études consécutives font apparaître que, en règle générale, la prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy parmi les élèves de 15 et 16 ans a augmenté entre 1995 et 2003, les progressions les plus fortes étant enregistrées en République tchèque et dans la plupart des nouveaux États membres ⁽³⁰⁾. Cependant, les chiffres relatifs à la prévalence au cours de la vie des enquêtes ESPAD de 1999 montrent des fluctuations dans certains pays. La baisse de la consommation d'ecstasy observée au Royaume-Uni a eu lieu avant 1999 et peut être en partie attribuée à la large couverture médiatique de décès dus à l'ecstasy à la fin des années 90.

Psilocine et psilocybine — Champignons hallucinogènes

La psilocine et la psilocybine, les principes psychoactifs des champignons dits «hallucinogènes», sont classées à l'annexe 1 de la convention des Nations unies de 1971 et font donc l'objet de contrôles dans tous les États membres. Cependant, le statut juridique des champignons hallucinogènes ainsi que la mesure dans laquelle des contraintes légales sont imposées à leur culture et à leur consommation varient selon les États membres. En d'autres termes, ces champignons peuvent faire ou non l'objet de contrôles ou être contrôlés s'ils sont «transformés», un statut qui n'est pas entièrement clair sur le plan juridique.

L'enquête ESPAD a fait état de consommation de champignons hallucinogènes pour la première fois en 2003. Les estimations de prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes chez les élèves de 15 et 16 ans étaient supérieures ou égales à celles du LSD et d'autres substances hallucinogènes dans la plupart des pays participants ⁽³¹⁾. En outre, par rapport à la

⁽²³⁾ Voir tableaux EYE-1 et EYE-3 du bulletin statistique 2005.

⁽²⁴⁾ Voir graphique EYE-1 (partie vii) du bulletin statistique 2005.

⁽²⁵⁾ Une deuxième enquête Eurobaromètre (Eurobaromètre, 2004), *Young people and drugs*, a été menée en 2004. Cette enquête par échantillonnage non probabiliste couvrait 7 659 jeunes âgés de 15 à 24 ans dans les quinze États membres repris dans l'enquête précédente de 2002.

⁽²⁶⁾ Voir graphique EYE-1 (partie v) du bulletin statistique 2005.

⁽²⁷⁾ Voir graphique EYE-1 (partie vi) du bulletin statistique 2005.

⁽²⁸⁾ Voir graphique EYE-1 (partie viii) du bulletin statistique 2005.

⁽²⁹⁾ Voir graphique EYE-2 (partie iv) du bulletin statistique 2005.

⁽³⁰⁾ Voir graphique EYE-2 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽³¹⁾ Voir graphique EYE-2 (partie v) du bulletin statistique 2005.

prévalence au cours de la vie de l'usage d'ecstasy, celle des champignons hallucinogènes était plus élevée en Belgique, en Allemagne et en France et identique en République tchèque, au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas et en Pologne. La prévalence au cours de la vie des champignons hallucinogènes était nulle à Chypre, en Finlande et en Roumanie, grimpait à 4 % en Allemagne, en Irlande et au Royaume-Uni pour atteindre 5 % en Belgique, en France et aux Pays-Bas. La prévalence la plus élevée a été enregistrée en République tchèque (8 %). Les données sur la tendance de la consommation de champignons hallucinogènes ne sont pas disponibles.

Nouveaux développements en matière de prévention

Les valeurs et les comportements des individus sont influencés par ce qu'ils considèrent être la norme dans leur environnement social et cette constatation s'applique tout particulièrement aux jeunes. Si ces derniers perçoivent la consommation expérimentale de cannabis comme «normale» et socialement acceptable (en l'associant à un risque faible et à un accès facile), cette perception peut avoir une influence capitale sur leurs valeurs et sur leur comportement vis-à-vis de l'usage de cannabis (Botvin, 2000). Le défi que doit relever la prévention consiste à donner aux jeunes des stratégies sociales et cognitives pour gérer ces influences. Il n'est dès lors pas réaliste d'apprécier l'efficacité des politiques de prévention en se fondant sur les données de consommation de drogue par les jeunes, et en particulier sur les estimations de consommation expérimentale, étant donné qu'elles reflètent des normes sociétales et pas un authentique comportement à problème.

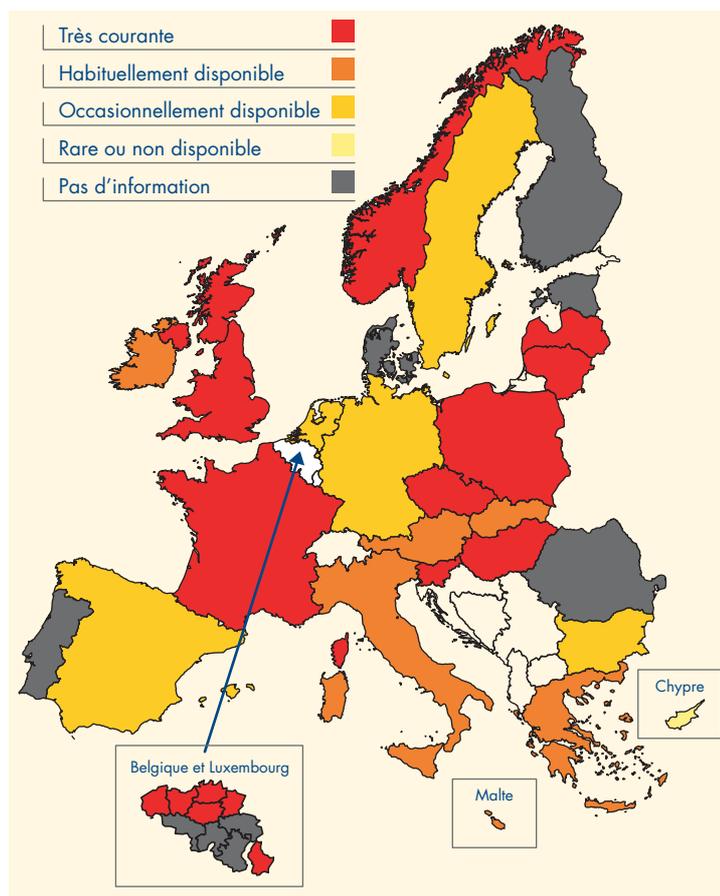
En revanche, la prévention devrait être évaluée à l'aune de plusieurs critères précis: des objectifs bien définis, des groupes cibles et des actions énoncés dans les stratégies nationales et reposant sur les connaissances internationales; des mesures de contrôle de la qualité; l'élaboration de mesures de prévention sélective et d'une prévention dirigée vers les familles, et des mesures réglementaires sur les drogues licites en vue d'influencer les normes sociales qui impliquent la condamnation ou l'autorisation de certains comportements de consommation.

En termes d'évaluation des stratégies de prévention, les nouvelles stratégies nationale française et italienne se caractérisent par des progrès importants par rapport à leurs politiques antérieures en ce que le rôle de la prévention y est désormais mieux défini, tout comme l'importance de programmes structurés et de domaines prioritaires d'action. Dans la quasi-totalité des États membres, une tendance se fait jour en faveur d'approches plus stratégiques, et les groupes vulnérables sont de plus en plus pris en compte dans la planification globale.

Mesures structurelles et normatives

Les mesures de contrôle des drogues licites contribuent à jeter les fondements normatifs sur lesquels d'autres actions de prévention pourront se greffer. Les normes sociétales qui soutiennent la consommation de tabac et d'alcool et tolèrent leur influence sur le comportement sont des facteurs de risque bien connus pour une attitude bienveillante envers la consommation de drogues illicites (Becoña, 2002). Contrairement à la croyance populaire, les normes sociétales sont plus influencées par les politiques de contrôle que par les campagnes médiatiques ou les approches éducatives (Hawks e.a., 2002; Canning e.a., 2004). Eurostat (2002) a comparé les mesures de contrôle du tabac et les indicateurs de tabagisme chez les enfants et les adolescents dans les États membres de l'UE et a conclu à un rapport entre la sévérité des politiques de contrôle du tabac (interdiction de publicité, limites d'âge pour l'achat de tabac, restrictions, etc.) et les habitudes de consommation du tabac. Les taux de tabagisme chez les adolescents sont plus élevés dans les pays où les politiques sont relativement souples (comme le Danemark, l'Allemagne et le Royaume-Uni) que dans les pays où les

Graphique 2 — Développement des politiques en milieu scolaire



NB: Belgique germanophone = disponibilité sporadique.
Sources: Points focaux nationaux Reitox.

contrôles sont plus stricts (comme la France, la Suède et la Norvège). Il est notoire que l'impact des mesures de prévention est limité lorsqu'elles sont contredites, ou à tout le moins pas soutenues, par les normes sociétales et les politiques en place. Les initiatives de l'Union européenne et de l'OMS (Aspect Consortium, 2004) ont gagné du terrain dans ce domaine et les États membres établissent un lien de plus en plus étroit entre les politiques de contrôle du tabac et la prévention de la consommation de drogue.

Prévention en milieu scolaire

Dans tous les États membres, les écoles sont considérées comme le maillon principal d'une prévention universelle, et l'accent mis sur la prévention en milieu scolaire dans les stratégies nationales et sur la mise en œuvre structurée de cette approche s'est considérablement renforcé. Cela se traduit par l'expansion des politiques antidroque en milieu scolaire (voir graphique 2) et par le développement de programmes spécifiques de prévention modulaire pour les écoles et d'une meilleure formation des enseignants.

Un nombre croissant de pays ont introduit (le Danemark possède son premier programme scolaire d'aptitude à la vie quotidienne), développé (Allemagne) ou envisagé (stratégies nationales française et italienne) des programmes de prévention plus structurés. En 2003, par exemple, des programmes de prévention ont été mis en œuvre dans 60 % des établissements scolaires polonais.

La Grèce donne un particulièrement bon exemple du passage des politiques de prévention traditionnelles fondées sur l'information et des approches individualistes (de conseil) vers la mise en œuvre d'une véritable stratégie de santé publique susceptible d'optimiser la couverture en recourant à une approche programmatique. Le nombre de programmes scolaires de prévention en Grèce a plus que doublé entre 2000 et 2003 et les programmes axés sur la famille ont triplé au cours de la même période. Malte et le Royaume-Uni ont renforcé le rôle des approches programmatiques dans leurs politiques de prévention respectives. Ainsi, le «Blueprint Programme» s'efforce d'adapter la recherche internationale sur une prévention efficace de la drogue au système scolaire britannique et se fonde sur des éléments suggérant que la combinaison de l'éducation scolaire sur les méfaits de la drogue et la participation des parents, les campagnes dans les médias, les initiatives de santé locales et les partenariats entre communautés est plus efficace que la seule intervention dans les écoles. 6 millions de livres sterling (8,5 millions d'euros) ont été alloués à ce programme sur cinq ans ⁽³²⁾.

Suivi et contrôle de la qualité

Le contrôle et l'amélioration de la qualité de la prévention dépendent dans une large mesure de l'existence d'un aperçu adapté des activités en cours et de leur contenu. Les États membres accordent donc une importance croissante au suivi des programmes de prévention, comme le montrent les nouveaux mécanismes de suivi mis en place en Allemagne ⁽³³⁾ et en Norvège ⁽³⁴⁾ et le programme hongrois de recherche «Ombres et lumières», qui recueille des informations sur le contenu, les objectifs, la méthodologie, les groupes cibles et la couverture des programmes de prévention scolaire. Le suivi est également une réalité en République tchèque ou en Flandre (dans le cadre de «Ginger»). Malheureusement, l'Espagne a abandonné le programme IDEA Prevención, qui a été, pendant des années, le système de suivi et de contrôle de qualité le plus pointu d'Europe en matière de prévention.

Des systèmes d'information sur la prévention contribuent également à détecter les pratiques et les composantes inefficaces des programmes. Ainsi, des séances d'information ou des conférences données par des experts ou des officiers de police ont toujours cours dans plusieurs États membres en dépit du fait que la recherche a unanimement démontré que ces initiatives sont au mieux inefficaces, voire carrément nuisibles (Canning e.a., 2004).

Ce n'est qu'en notant systématiquement les actions de prévention que le contenu des programmes peut être révisé et, ensuite, sur la base des connaissances actualisées sur leur efficacité, ciblé sur des groupes spécifiques. Des lignes directrices ou des normes sur la mise en œuvre des programmes de prévention sont essentielles, en particulier dans les pays où la prévention est fortement décentralisée.

Contenu des programmes et des actions

Le développement des approches fondées sur des programmes et une meilleure collecte d'informations standardisées ont permis de réviser et de comparer le contenu et les tendances des politiques en matière de prévention dans l'ensemble de l'Union européenne. Les informations proviennent généralement d'experts nationaux ou de groupes d'experts possédant une vue d'ensemble fiable de la situation dans leur pays (ce qui leur permet de procéder à des classements standardisés), ou encore de données quantitatives sur des actions programmatiques et faisant l'objet d'un suivi, disponibles dans certains États membres, comme la Grèce ou la Hongrie.

La plupart des États membres ont, par exemple, adopté une approche de prévention prenant la forme d'une formation aux aptitudes personnelles et sociales en milieu scolaire. Les sujets abordés comprennent la prise de

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ [PrevNet \(www.preynet.de\)](http://www.preynet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

décision, le contrôle de soi, la fixation d'objectifs et l'assertivité, la communication et la manifestation d'empathie. Cette technique fondée sur l'expérience, qui s'inspire des théories de l'apprentissage social ⁽³⁵⁾, semble être devenue une méthodologie importante dans la plupart des États membres, même dans des pays où l'approche programmatique n'existe pas (France, Luxembourg et

Suède) (voir tableau 2). L'Estonie signale la diffusion à grande échelle d'un livre sur les aptitudes sociales.

La fourniture d'informations demeure un élément capital de la prévention de la toxicomanie dans de nombreux États membres (voir tableau 2). La valeur limitée de la fourniture d'informations dans la prévention de la toxicomanie n'est

Tableau 2 — Prévention en milieu scolaire en Europe

	Normes/lignes directrices de qualité ⁽¹⁾			Aptitudes sociales personnelles	Objectifs	
	Existantes	Obligatoires	Conditions préalables au financement		Primaire	Secondaire
Belgique (FL)	Oui	Oui	Oui	Très courant	Aptitude à la vie quotidienne	Information
Belgique (FR)	Oui	Oui	Oui	n.d.	Environnement protecteur	Rapport éducatif
République tchèque	Prévues		Oui	Très courant	Estime de soi	Environnement protecteur
Danemark	Non			Non	Information	
Allemagne	Non			Très courant	Aptitude à la vie quotidienne	Information
Estonie	Non			Occasionnel	n.d.	
Grèce	Oui	Oui	Oui	Très courant	Aptitude à la vie quotidienne	Rapport éducatif
Espagne	Prévues	Oui	Oui	Très courant	Aptitude à la vie quotidienne	Estime de soi
France	Oui			Rare	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Irlande	Oui	Oui		Très courant	Aptitude à la vie quotidienne	Estime de soi
Italie	Oui			Ordinaire	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Chypre	Prévues	Oui	Oui	Occasionnel	Environnement protecteur	Aptitude à la vie quotidienne
Lettonie	Prévues			Occasionnel	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Lituanie	Non			Ordinaire	Information	
Luxembourg	Oui		Oui	Ordinaire	Rapport éducatif	Aptitude à la vie quotidienne
Hongrie	Prévues			Ordinaire	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Malte	Non			Très courant	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Pays-Bas	Oui			Non	Information	
Autriche	Oui		Non	Occasionnel	Aptitude à la vie quotidienne	Environnement protecteur
Pologne	Non			Ordinaire	Aptitude à la vie quotidienne	Information
Portugal	Oui	Oui	Oui	Occasionnel	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Slovénie	Prévues			Occasionnel	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Slovaquie	Non			Rare		
Finlande	n.d.			n.d.	Prestation de services sociaux	Information
Suède	Non			Ordinaire	Environnement protecteur	Insertion sociale
Royaume-Uni	Oui			Très courant	Information	Aptitude à la vie quotidienne
Bulgarie	n.d.			Occasionnel	Information	Environnement protecteur
Roumanie	n.d.			Occasionnel		
Norvège	Non			Ordinaire	Information	Estime de soi

⁽¹⁾ Pour rappel, il n'existe pas de définition européenne commune des «normes et lignes directrices de qualité», et le niveau de détail peut varier, ce qui influence la comparabilité.

NB: n.d.: informations non disponibles.

⁽³⁵⁾ Le comportement est considéré comme le résultat d'un apprentissage social par des modèles de rôle, des normes, des attitudes d'«autres personnes importantes» (Bandura, 1977). Des attitudes négatives envers la consommation de drogue et une autoprotection efficace peuvent être inculquées ou conditionnées. Cette notion est à la base des modèles de pairs et du modèle d'aptitude spécifique à la vie quotidienne.

que très lentement reconnue (voir, par exemple, le rapport national suédois). Les approches uniquement fondées sur l'éducation à la santé se limitent souvent à influencer les processus cognitifs et manquent fréquemment d'éléments concrets de formation comportementale et de formation à l'interaction sociale. Ces approches sont toutefois encore largement répandues dans certains pays en dépit de notre compréhension actuelle de ce qu'est une prévention efficace de la toxicomanie.

Il existe deux explications à la poursuite de ces approches de la prévention. La première est le postulat instinctif et traditionnel selon lequel fournir des informations sur les drogues et les risques liés à leur consommation sera un facteur de dissuasion. La seconde explication reflète une tendance très récente inspirée par les initiatives de réduction des risques et repose sur la croyance que les aptitudes cognitives priment sur les approches comportementales en apprenant aux jeunes à prendre des décisions et à faire des choix de vie informés. Les tenants de cette technique considèrent que les approches comportementales de la prévention, comme l'amélioration des aptitudes à la vie quotidienne, sont condescendantes et diabolisent l'usage de drogue (Ashton, 2003; Quensel, 2004) et que la meilleure méthode consiste à donner aux jeunes les outils cognitifs dont ils ont besoin en les informant. En dépit des traditions différentes dont elles découlent, ces deux approches considèrent le comportement en matière de santé, et en particulier l'usage de drogue, comme le résultat d'un choix personnel rationnel, tandis que, dans le monde des sciences médicales, un large consensus se dégage pour dire que des facteurs sociaux (voisinage, groupe de pairs, normes) et personnels (tempérament, aptitudes académiques et émotionnelles) exercent une influence plus grande sur le comportement en matière de santé et d'usage de drogue que la seule cognition.

La perception erronée selon laquelle la consommation de drogue est normale et socialement acceptable parmi la population de pairs est le principal élément cognitif susceptible d'être influencé par la prévention. En fait, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes, qui s'élève à 30 %, signifie que deux tiers de cette population n'a jamais consommé de cannabis et que c'est là que réside la vraie «normalité». Cependant, malgré le bénéfice avéré des techniques portant sur les croyances normatives des jeunes (Reis e.a., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers e.a., 2002), elles sont rarement appliquées en Europe.

Prévention sélective

Les plans d'action et les stratégies antidrogue nationaux se concentrent de plus en plus ouvertement sur les groupes vulnérables, qui doivent être la cible des mesures de prévention. Cet accent est encore plus marqué dans les

nouveaux États membres, comme en Estonie (enfants des rues, écoles spéciales), en Hongrie, à Chypre, à Malte, en Pologne (enfants négligés et jeunes issus de familles dysfonctionnelles) et en Slovénie.

Étant donné que les groupes vulnérables visés par la prévention sélective ont souvent une grande expérience des drogues licites et illicites, la plupart des actions de prévention sélective se limitent à fournir des informations adaptées, à conseiller des individus et à des alternatives créatives ou sportives. Cependant, il convient de rappeler que les techniques utilisées dans les programmes de prévention universelle portant sur l'influence sociale sont aussi efficaces, voire plus, dans la prévention sélective. Une restructuration normative (par exemple, apprendre que la plupart des pairs sont défavorables à la consommation de drogue), la formation à l'assertivité, la motivation et la fixation d'objectifs ainsi que la correction de mythes se sont révélés être des méthodes très efficaces auprès des jeunes vulnérables (Sussman e.a., 2004), mais elles sont rarement utilisées dans la prévention sélective dans l'Union européenne. Les techniques d'intervention dans les lieux de divertissement (voir «Prévention dans les lieux de divertissement», p. 49) revêtent toutefois souvent la forme d'informations ciblées.

Prévention sélective en milieu scolaire

L'axe principal de la prévention sélective en milieu scolaire est l'intervention en cas de crise et l'identification précoce des élèves à problème. L'objectif consiste à trouver des solutions au niveau de l'école afin d'éviter que les élèves à risque abandonnent leurs études ou soient exclus, aggravant ainsi leur situation. Des stratégies programmatiques sont proposées en Allemagne, en Irlande, au Luxembourg et en Autriche (Leppin, 2004), tandis que la Pologne et la Finlande organisent des cours de formation pour les enseignants ou publient des lignes directrices sur la manière de reconnaître les élèves à problème ainsi que la consommation de drogue, et de prendre des mesures appropriées. Les approches individuelles traditionnelles sont notamment les services de psychologie scolaire (comme en France et à Chypre), qui reposent sur les signalements (personnels). L'Irlande a inauguré un service de bien-être éducatif intensif, qui doit collaborer avec les écoles et les familles dans les zones défavorisées sur le plan éducatif afin de veiller à ce que les enfants aillent régulièrement à l'école.

Approches sélectives fondées sur les communautés

Les approches sélectives fondées sur les communautés visent essentiellement les jeunes vulnérables dans les rues. Dans les pays scandinaves, les initiatives *Nightwalkers* (veilleurs de nuit) encouragent des groupes de parents à patrouiller dans les rues. L'Autriche a grandement investi dans l'amélioration de l'équilibre entre les structures de prévention de la toxicomanie, d'éducation sociale et de travail social par le biais de cours de formation, de lignes

directrices sur la qualité et de séminaires communs, par exemple pour les assistants sociaux s'occupant de jeunes dans des lieux de divertissement. L'objectif est aussi d'utiliser les structures de travail social pour les jeunes pour des interventions professionnelles de prévention de la drogue. Dans le même sens, la Norvège encourage la coopération et renforce les efforts interdisciplinaires entre les écoles, les services de protection de l'enfance et les services sociaux. Des méthodes d'évaluation et de réaction rapides ⁽³⁶⁾ — la collecte rapide d'informations (données statistiques) combinée à des entretiens (questionnaires, groupes cibles) et/ou des observations de la zone à problème — sont utilisées dans le cadre de ces projets en Norvège, mais également en Allemagne et aux Pays-Bas.

L'Irlande et le Royaume-Uni ont une tradition d'interventions axées sur les quartiers à risque; c'est également le cas, mais dans une moindre mesure, aux Pays-Bas et au Portugal. Toutefois, l'Allemagne (Stöver et Kolte, 2003, cité dans le rapport national allemand) et la France se proposent désormais d'agir dans ce domaine. Pour ces pays, concentrer l'action de prévention de la drogue sur des zones géographiques données en fonction de critères sociaux est une nouveauté.

Les États membres ciblent également de plus en plus des groupes ethniques spécifiques dans leurs politiques de prévention sélective (Irlande, Luxembourg, Hongrie, par exemple). L'accent mis sur l'appartenance à un groupe ethnique est un aspect important de la politique en Hongrie, où la population Rom est très exposée aux problèmes liés à la drogue en raison de ses caractéristiques sociales et culturelles et de ses conditions de vie défavorables. Des organisations non gouvernementales y gèrent des structures «de première ligne» (aussi appelées «de bas seuil»), divers programmes de prévention, de surveillance, de groupes autonomes et de formation par des pairs.

Familles vulnérables

La prévention universelle dirigée vers les familles, qui se compose essentiellement de manifestations en soirée, de conférences, de séminaires et de colloques à l'intention des parents, reste très populaire dans de nombreux États membres (Allemagne, France, Chypre et Finlande) en dépit de l'absence de preuve de son efficacité (Mendes e.a., 2001). En Grèce, en Espagne, en Irlande et en Norvège, des développements intéressants ont pourtant été observés dans la prévention sélective auprès des familles, liés à l'introduction de concepts novateurs qui dépassent les familles/parents en butte à des problèmes de drogue et reconnaissent le rôle des facteurs sociaux, économiques et culturels dans la consommation de drogue. Aux Pays-Bas, l'évaluation des projets de prévention de la drogue centrés sur les parents immigrants a conclu qu'une

intervention standardisée proposée par l'intermédiaire des réseaux d'immigrants et s'adressant séparément aux hommes et aux femmes pourrait constituer une nouvelle voie intéressante (Tarweij et Van Wamel, 2004). En Norvège, la formation à la gestion des parents (PMTO ou modèle de l'Oregon), qui était à l'origine une méthode de formation pour les familles ayant des enfants souffrant de graves troubles du comportement, a été mise en œuvre et évaluée dans trois municipalités. Deux autres pays ont appliqué l'Iowa Strengthening Families Program (ISFP — programme de renforcement familial de l'Iowa). Ce programme intensif d'intervention auprès des familles à risque combine des méthodes d'enseignement pour les élèves (10 à 14 ans) et un programme destiné aux parents en vue de prévenir l'usage de drogue en renforçant les aptitudes familiales et en resserrant les liens familiaux (Kumpfer e.a., 2003).

La nécessité d'une prévention indiquée

La prévention indiquée se concentre sur des individus identifiés comme présentant des facteurs à risque en matière de drogue, par exemple un trouble de déficit d'attention ou de l'hyperactivité (TDAH). Cependant, des mesures de prévention visant les jeunes qui présentent un TDAH ne sont mentionnées qu'en Allemagne et en Suède. En Allemagne, selon les estimations actuelles de la prévalence du TDAH, 2 à 6 % des jeunes âgés de 6 à 18 ans sont touchés, ce qui en fait l'une des images cliniques chroniques les plus courantes chez les enfants et les jeunes. En Suède, la stratégie préventive pour ces enfants englobe une formation cognitive et sociale et des méthodologies sont diffusées via une formation des professionnels de la prévention. Étant donné que pratiquement tous les enfants en âge préscolaire sont couverts par les soins de santé primaire et que la plupart suivent l'enseignement primaire, la majorité des enfants à risque pourraient être identifiés par un examen systématique et des interventions personnalisées ultérieures.

Le plan d'action italien insiste fortement sur les états psychopathologiques et sur les troubles graves du comportement chez les enfants et les adolescents, susceptibles de présager de l'usage et de l'abus de drogue s'ils sont ignorés à un stade précoce. Les problèmes identifiés sont, notamment, les troubles comportementaux, l'hyperactivité et le déficit d'attention, l'anxiété allant de pair avec des sautes d'humeur, la boulimie et l'obésité psychogène, les troubles de la personnalité, les problèmes de communication interpersonnelle, les troubles liés à un stress post-traumatique et les crises de panique. Les stratégies de prévention universelle et sélective sont considérées comme des réponses à ces problèmes.

⁽³⁶⁾ Organisation mondiale de la santé, *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (Guide d'évaluation et de réaction rapides face à l'usage de substances psychoactives, en particulier chez les jeunes gens vulnérables) (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



Chapitre 3

Cannabis

Prévalence et modes de consommation

Le cannabis est de loin la substance illicite la plus couramment consommée en Europe. Des enquêtes récentes sur la population montrent qu'entre 3 et 31 % des adultes âgés de 15 à 64 ans ont essayé la substance au moins une fois (usage au cours de la vie). Les taux de prévalence au cours de la vie sont les plus bas à Malte (3,5 %), au Portugal (7,6 %) et en Pologne (7,7 %) et les plus élevés en France (26,2 %), au Royaume-Uni (30,8 %) et au Danemark (31,3 %). Dans la plupart des pays (quinze pays sur les vingt-trois pour lesquels des informations sont disponibles), la prévalence au cours de la vie oscille entre 10 et 25 %.

Entre 1 et 11 % des adultes déclarent avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois. Les taux de prévalence les plus bas ont été enregistrés à Malte, en Grèce et en Suède et les plus élevés en République tchèque, en France, en Espagne et au Royaume-Uni. La plupart des pays (quatorze) ont fait état de taux de prévalence de l'usage récent compris entre 3 et 7 %.

Les estimations nationales moyennes disponibles permettent d'estimer le nombre total d'adultes (15 à 64 ans) consommant du cannabis dans l'ensemble de l'UE. Ce calcul fait apparaître que près de 20 % de la population totale, soit plus de 62 millions de personnes, ont déjà goûté au cannabis. Ce chiffre tombe à quelque 6 % des adultes, soit plus de 20 millions de personnes, lorsque l'on prend en considération la consommation récente de cannabis (prévalence au cours de la dernière année). À titre de comparaison, une enquête nationale menée aux États-Unis en 2003 sur la consommation de drogue et la santé (Samhsa, 2003) fait apparaître que 40,6 % des adultes (définis comme les personnes âgées de 12 ans et plus) ont déclaré avoir essayé du cannabis ou de la marijuana au moins une fois et 10,6 % ont déclaré en avoir consommé au cours des douze mois précédents. Parmi les jeunes adultes de 18 à 25 ans, les chiffres étaient de 53,9 % (au cours de la vie), de 28,5 % (douze derniers mois) et de 17 % (dernier mois) ⁽³⁷⁾.

Comme c'est le cas également pour d'autres drogues, les jeunes adultes déclarent invariablement des taux de consommation supérieurs. Entre 11 et 44 % des jeunes

Estimation de l'usage de drogue dans la population

L'usage de drogue dans la population générale est évalué par le biais d'enquêtes, qui donnent des estimations du pourcentage de la population qui a consommé de la drogue au cours de certaines périodes: usage au cours de la vie (expérimentation), des douze derniers mois (usage récent) ou des trente derniers jours (usage actuel) ⁽¹⁾.

L'OEDT a mis au point un questionnaire de base commun (le «questionnaire type européen» ou EMQ) qui est utilisé dans la plupart des enquêtes menées dans les États membres de l'UE, ou est compatible avec celles-ci. L'EMQ est présenté dans un rapport disponible sur le site web de l'OEDT ⁽²⁾. L'«usage au cours de la vie» peut n'avoir qu'un intérêt limité en tant qu'indicateur de la situation actuelle au sein de la population adulte (bien qu'il puisse être un indicateur raisonnable chez les élèves) mais, associé à d'autres mesures, il peut donner une idée de certains aspects des modes de consommation (poursuite ou interruption de la consommation) et de la dynamique générationnelle de l'étendue de l'usage de drogue. L'«usage au cours des douze derniers mois» donne une indication de la consommation récente de drogue, bien qu'elle soit souvent occasionnelle, tandis que l'«usage au cours des trente derniers jours» indique un usage plus actuel, qui inclura des personnes prenant de la drogue fréquemment.

⁽¹⁾ Pour plus d'informations sur la méthodologie suivie par les enquêtes de population et la méthodologie de chaque enquête nationale, voir le bulletin statistique 2005.

⁽²⁾ *Handbook for surveys about drug use among the general population* (Manuel pour les enquêtes sur l'usage de drogue dans la population générale) (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

Européens âgés de 15 à 34 ans disent avoir déjà essayé le cannabis, les taux de prévalence les plus bas étant enregistrés en Grèce, au Portugal et en Pologne et les plus élevés en France (39,9 %), au Royaume-Uni (43,4 %) et au Danemark (44,6 %). 3 à 22 % des jeunes adultes ont fait état d'un usage récent. Les chiffres les plus bas concernaient la Grèce, la Suède, la Pologne et le Portugal, tandis que les taux les plus élevés étaient observés au Royaume-Uni (19,5 %), en France (19,7 %) et en République tchèque (22,1 %). Onze pays ont rapporté des

⁽³⁷⁾ Il est à noter que la tranche d'âge de l'enquête américaine (12 ans et plus) est plus large que celle rapportée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15 à 64 ans). Par ailleurs, la tranche d'âge pour les jeunes adultes (18 à 25 ans) est plus étroite que celle utilisée dans la plupart des enquêtes européennes (15 à 24 ans).

taux de prévalence de l'usage récent compris entre 7 et 15 %.

Parmi les Européens âgés de 15 à 24 ans, 9 à 45 % disent avoir essayé le cannabis, les taux étant compris dans la plupart des pays entre 20 et 35 %. L'usage récent (au cours des douze derniers mois) s'établissait entre 4 et 32 %, la plupart des pays se situant dans la fourchette comprise entre 9 et 21 % ⁽³⁸⁾.

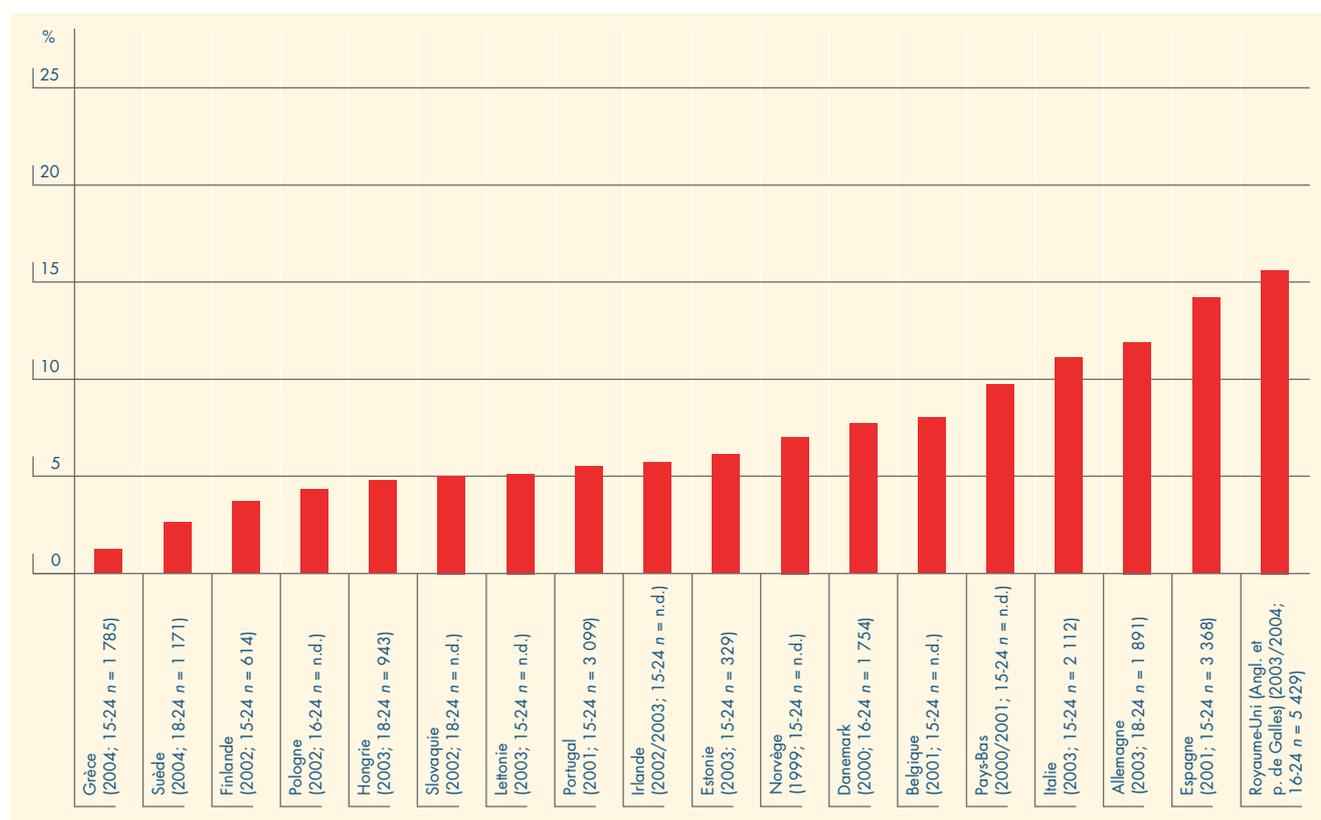
À l'instar d'autres drogues illicites, les pourcentages relatifs à la consommation de cannabis sont sensiblement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, bien que l'écart varie selon les pays. Le ratio homme/femme pour l'expérimentation au cours de la vie varie de 1,25 pour 1 à 4 pour 1 (1,25 à 4 hommes pour 1 femme) et, pour la consommation courante, il est compris entre 2 pour 1 et 6 pour 1. Des enquêtes montrent également que la consommation de cannabis est plus répandue dans les zones urbaines ou dans les zones à forte densité de population. Ainsi, les différences nationales observées pourraient, en partie, refléter des différences du degré d'urbanisation, bien qu'il ait été avancé que la

consommation récréative de drogue gagne du terrain des zones urbaines vers les zones rurales.

Le fait que les pourcentages relatifs à l'usage récent et à l'usage actuel soient largement inférieurs à ceux de l'expérimentation au cours de la vie indique que la consommation de cannabis tend à être occasionnelle ou interrompue après un certain temps. Dans la plupart des pays de l'UE, entre 20 et 40 % des adultes qui ont essayé du cannabis déclarent en avoir consommé au cours des douze derniers mois et de 10 à 20 % au cours des trente derniers jours («taux de poursuite»).

Des études récentes ont montré que les pourcentages de consommation au cours du dernier mois se situaient entre 0,5 et 9 % chez les adultes en général (de nombreux pays se trouvant dans la fourchette comprise entre 2 et 4 %), entre 1,5 et 13 % chez les jeunes adultes (de nombreux pays se trouvant dans la fourchette comprise entre 3 et 8 %) et entre 1,2 et 16 % pour les 15 à 24 ans (de nombreux pays se trouvant dans la fourchette comprise entre 5 et 10 %) (voir graphique 3). Une estimation très approximative serait que 1 jeune

Graphique 3 — Usage actuel (dernier mois) de cannabis chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 24 ans), mesuré par les enquêtes nationales



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays. Certains pays utilisent un groupe d'âge légèrement différent du groupe d'âge standard de l'OEDT pour les jeunes adultes. Les variations dans les tranches d'âge peuvent être à l'origine de disparités entre les pays.
Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

⁽³⁸⁾ Voir graphique GPS-2 du bulletin statistique 2005.

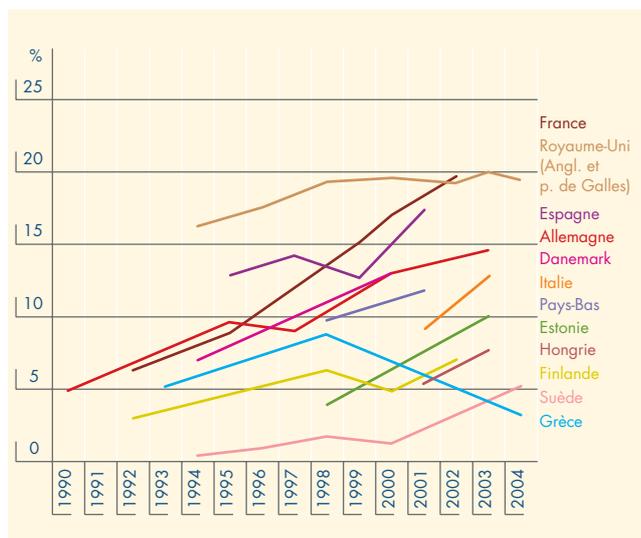
Européen sur 10 à 20 est un consommateur actuel de cannabis. Les pays où les taux de prévalence actuelle sont les plus bas sont Malte, la Grèce, la Suède, la Pologne et la Finlande, tandis qu'à l'autre bout de l'échelle figurent l'Espagne et le Royaume-Uni.

Dans le rapport annuel 2004 (OEDT, 2004a), les données relatives à la fréquence de l'usage de cannabis au cours des trente derniers jours indiquaient que près d'un quart (19 à 33 %) des personnes qui avaient consommé du cannabis au cours du dernier mois en consommaient quotidiennement ou presque quotidiennement⁽³⁹⁾, la majorité d'entre elles étant de jeunes hommes. Selon les estimations, parmi les Européens âgés de 15 à 34 ans, entre 0,9 et 3,7 % sont des consommateurs quotidiens de cannabis, avec près de 3 millions de personnes pouvant consommer cette substance tous les jours ou presque en Europe.

Tendances

Le manque de séries d'enquêtes cohérentes portant sur le long terme dans la plupart des pays de l'UE limite la

Graphique 4 — Tendances de l'usage récent (dernière année) de cannabis parmi les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), mesurées par les enquêtes nationales⁽¹⁾



(1) La taille des échantillons (personnes interrogées) pour la tranche d'âge de 15 à 34 ans pour chaque pays et année est présentée dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

NB: Les données proviennent des enquêtes nationales disponibles dans chaque pays. Les chiffres et la méthodologie de chaque enquête peuvent être consultés dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005. Pour les jeunes adultes, l'OEDT utilise la tranche d'âge de 15 à 34 ans [le Danemark et le Royaume-Uni partent de 16 ans, l'Allemagne, l'Estonie (1998) et la Hongrie de 18 ans]. En France, la tranche d'âge était de 25 à 34 ans en 1992 et de 18 à 39 ans en 1995.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

possibilité de dégager des tendances fiables sur la consommation de drogue. De nombreux pays réalisent des enquêtes successives, mais il ne s'agit pas de séries au sens strict. En effet, en dépit des progrès en matière d'harmonisation, les méthodes et les tailles des échantillons diffèrent selon les enquêtes et la fréquence n'est pas toujours régulière. En outre, les enquêtes sont menées différemment selon les pays, ce qui rend difficile l'identification de tendances à l'échelle européenne. Idéalement, les enquêtes nationales de population devraient être réalisées au même moment dans tous les États membres. Cela faciliterait la comparaison des résultats au niveau national (dans le temps) et au niveau européen (entre les pays) ainsi que l'évaluation des résultats du plan d'action antidrogue de l'UE.

Les conclusions disponibles des différents types d'enquêtes (nationales ou sur les ménages, les appelés ou les écoles) montrent que la consommation de cannabis a sensiblement augmenté durant les années 90 dans presque tous les pays de l'UE, en particulier chez les jeunes, et qu'elle a continué à progresser ces dernières années dans plusieurs pays (voir graphique 4). Au Royaume-Uni, qui enregistrait les chiffres les plus élevés jusqu'en 2000, la consommation de cannabis chez les jeunes adultes est restée relativement stable entre 1998 et 2003-2004, d'autres pays [France et Espagne⁽⁴⁰⁾] rattrapant ces chiffres. En Grèce, la consommation aurait diminué entre 1998 et 2004.

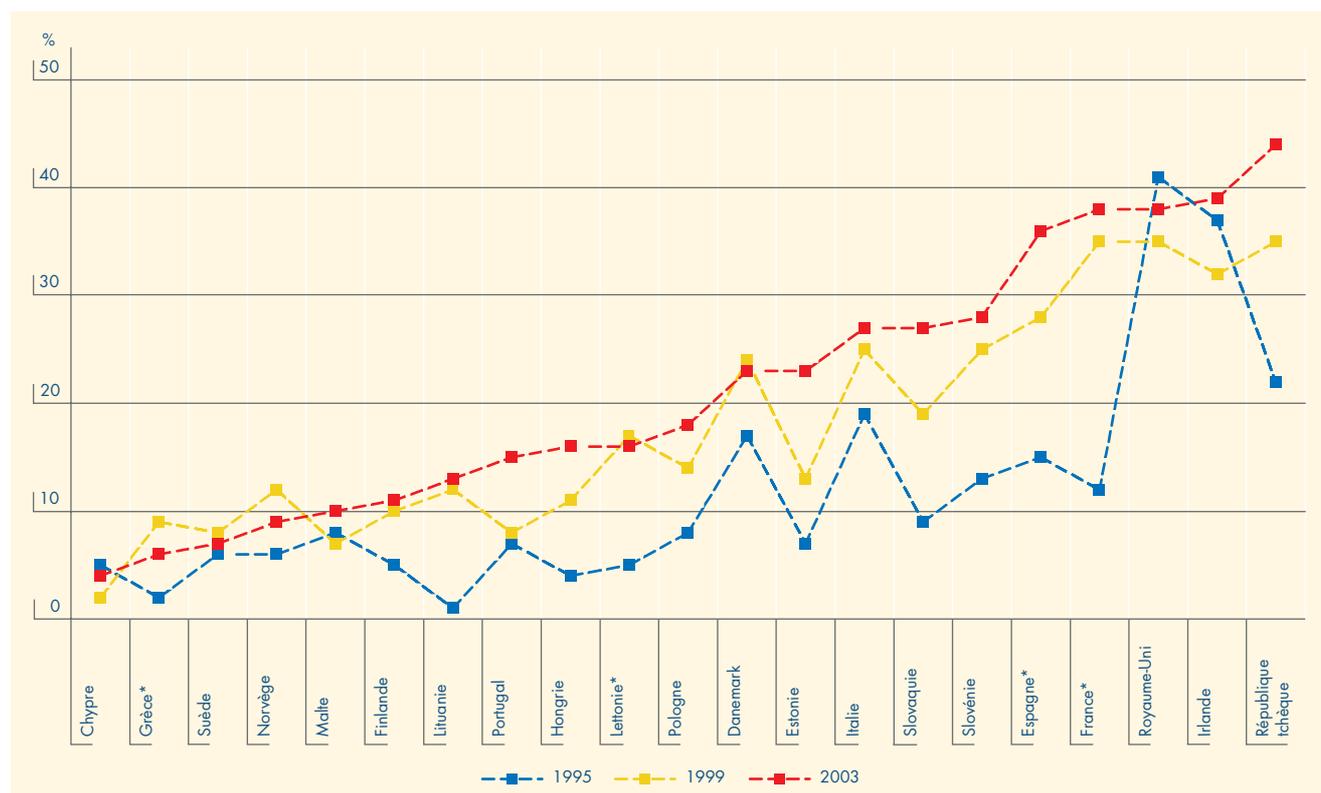
Dans les nouveaux États membres, les données disponibles, qui proviennent essentiellement des enquêtes en milieu scolaire, indiquent que la consommation de cannabis a fortement progressé ces dernières années dans un grand nombre d'entre eux. Cette tendance à la hausse se fait surtout sentir depuis le milieu des années 90 et s'est concentrée sur les zones urbaines et chez les hommes et les jeunes adultes. En Estonie et en Hongrie, des enquêtes consécutives auprès des adultes ont permis de dégager des tendances récentes (voir graphique 4).

Une comparaison des résultats des enquêtes ESPAD en milieu scolaire réalisées en 1995, 1999 et 2003 (Hibell e.a., 2004) montre que, dans presque tous les États membres et les pays candidats qui ont participé à l'enquête, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les élèves de 15 à 16 ans a augmenté de 2 % ou plus (voir graphique 5). Dans plus de la moitié de ces pays, les estimations de prévalence ont doublé ou triplé depuis 1995. Les hausses relatives les plus élevées concernent principalement les États membres d'Europe orientale qui ont fait état de taux de prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis inférieurs à 10 % en 1995. Dans aucun des pays participant à l'enquête ESPAD, il n'a été observé, au fil

(39) Voir le rapport annuel 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). L'information fait référence à la «consommation pendant vingt jours ou plus au cours des trente derniers jours», également appelée «usage quotidien ou quasi-quotidien».

(40) Les informations transmises trop tard pour être reprises dans le rapport ont donné une prévalence au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes en Espagne de 20,1 % dans l'enquête de 2003.

Graphique 5 — Prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis parmi les élèves de 15 à 16 ans déclaré dans le cadre des enquêtes ESPAD de 1995, 1999 et 2003



NB: En 1995, les enquêtes menées dans les pays marqués d'un astérisque n'étaient pas strictement comparables aux enquêtes ESPAD. L'Espagne n'a pas participé à l'enquête ESPAD. Les données présentées ici se fondent sur une série d'enquêtes espagnoles menées en 1996, 1998 et 2002. Les questions relatives à la prévalence de l'usage de drogue peuvent être considérées comme comparables aux questions ESPAD, mais d'autres aspects de la méthode font que les données espagnoles ne sont pas strictement comparables.

Source: Hibell e.a., 2004.

des trois enquêtes, une baisse continue et remarquable de l'usage de cannabis au cours de la vie.

Les enquêtes en milieu scolaire révèlent que les États membres de l'UE peuvent être classés en trois groupes en termes de tendances de la consommation récréative et occasionnelle de cannabis. Dans le premier groupe (dont font partie l'Irlande et le Royaume-Uni), la prévalence au cours de la vie est élevée (38 à 39 % environ), mais est demeurée stable durant les huit dernières années. Ces pays ont un long passé d'usage de cannabis et des taux de prévalence élevés de l'usage de cannabis ont été enregistrés durant les années 80 et 90. Dans le deuxième groupe de pays, la prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis chez les élèves a considérablement augmenté au cours de la période considérée (jusqu'à 26 % de plus). Ce groupe comprend tous les nouveaux États membres d'Europe orientale ainsi que le Danemark, l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal. En ce qui concerne le troisième groupe, les estimations de la prévalence au cours de la vie parmi les élèves sont restées relativement basses (aux alentours de 10 % et moins). Ce groupe englobe des États membres du nord et du sud de

l'Europe (Finlande, Suède et Norvège, mais aussi Grèce, Chypre et Malte).

Chez les adultes, le tableau est moins clair étant donné que les informations disponibles sont moins nombreuses et que les données sont plus hétérogènes. Toutefois, un schéma similaire se dégage, avec un usage récent de cannabis (au cours de la dernière année) élevé mais stable au Royaume-Uni, certains pays (comme le Danemark, l'Allemagne, l'Estonie, l'Espagne et la France) connaissant une forte augmentation ces dernières années, tandis que d'autres enregistrent des estimations de prévalence inférieures et des tendances moins claires (comme la Grèce, la Finlande et la Suède). Les nouvelles enquêtes qui seront menées en milieu scolaire et auprès de la population adulte dans les deux ou trois prochaines années contribueront à éclaircir la question complexe de l'évolution des tendances de la consommation de drogue.

Prévention de l'usage de cannabis

Certains pays s'inquiètent de l'augmentation de l'usage de cannabis chez les jeunes et débattent de la question de savoir si le dépistage des drogues constituerait une mesure

de contrôle utile. Quelques-uns ont pris des mesures dans ce sens, mais le dépistage des drogues demeure inhabituel. En République tchèque, les médias se sont fait l'écho de l'utilisation de tests de dépistage de drogue dans les urines et de la présence de chiens renifleurs dans les écoles. Même si ces mesures recueillent un certain soutien, un groupe d'experts a conclu que ces méthodes ne devraient pas faire partie d'une stratégie de prévention primaire efficace. Au Royaume-Uni, de nouvelles lignes directrices destinées aux écoles mettent en évidence une série de questions importantes à examiner avant la mise en œuvre d'un programme de dépistage de drogue. Parmi celles-ci figurent l'autorisation préalable des parents (et des élèves, s'ils sont jugés aptes), l'examen de la question de savoir si le test est conforme au devoir de conseil des écoles et la prise en compte de la disponibilité de services de soutien adéquats. Toute décision visant à soumettre les élèves à des tests de dépistage de drogue doit figurer dans la politique de prévention de la drogue de l'établissement. Le site web de l'OEDT contient un rapport succinct sur les tests de dépistage de drogue en milieu scolaire dans l'UE ⁽⁴¹⁾.

Le cannabis est presque toujours couvert dans les programmes de prévention universelle (non ciblée). L'attention que portent les médias à la consommation croissante de cannabis par les jeunes, en insinuant qu'elle tend à devenir de plus en plus «normale», met en évidence la nécessité de s'attaquer aux croyances normatives des jeunes. Le malaise généré par l'acceptation croissante de la consommation de cannabis parmi les jeunes a donné lieu à l'introduction de programmes de prévention dont le but est de corriger leur perception de ce qui est un comportement normal ou acceptable. Cette question est examinée plus en détail dans le chapitre 2. De nombreuses interventions consistent essentiellement à fournir des informations sur le cannabis dans le cadre de campagnes médiatiques, de brochures ou par l'internet. Cependant, certains exemples intéressants de prévention sélective existent et sont repris dans la base de données EDDRA ⁽⁴²⁾ de l'OEDT sur les projets de prévention ayant fait l'objet d'une évaluation. Ces projets visent essentiellement les jeunes usagers de cannabis ayant commis des délits liés à la drogue et proposent des services de conseil, une formation aux aptitudes personnelles et un soutien pluridisciplinaire. Quelques exemples de projets de ce type sont FRED en Allemagne, MSF-Solidarité Jeunes au Luxembourg, Ausweg en Autriche et les Youth Offending Teams (YOT) au Royaume-Uni.

Le taux élevé de prévalence de la consommation de cannabis chez les jeunes signifie que l'usage de drogue

est souvent un thème récurrent pour les personnes qui travaillent avec des enfants en âge scolaire. Le programme «Step by Step» («Pas-à-pas») est une approche très prometteuse de la prévention sélective dirigée vers les écoles, laquelle a été mise en œuvre en Allemagne et en Autriche. Ce programme aide les enseignants à identifier et à faire face à l'usage de drogue et aux comportements à problème de leurs élèves ⁽⁴³⁾.

Pour les personnes qui luttent contre la consommation de cannabis, un problème épineux consiste à définir la frontière entre la prévention et le traitement. La consommation de cannabis est influencée par des facteurs sociaux, personnels et liés aux pairs et ces facteurs jouent un rôle important dans le risque que court un individu de rencontrer un problème sur le long terme. Par conséquent, le travail de prévention est souvent axé sur ces questions plutôt que sur la drogue proprement dite (Morral e.a., 2002). Ainsi, une évaluation du projet Ausweg en Autriche a montré que les jeunes interpellés pour la première fois pour un délit lié au cannabis semblaient moins enclins que prévu à présenter des défaillances caractérielles, mettant ainsi en évidence l'importance des influences situationnelles, sociales et des pairs plutôt que des problèmes psychologiques personnels sur l'usage de drogue (Rhodes e.a., 2003; Butters, 2004). Plusieurs projets se concentrent toutefois sur le cannabis et conseillent aux jeunes de réduire leur consommation de drogue. C'est le cas, par exemple, du site web allemand «Quit the Shit» (www.drugcom.de), qui est un programme novateur sur l'internet de conseil aux usagers de cannabis.

Données relatives aux demandes de traitement

Parmi les quelque 480 000 demandes de traitement recensées au total, le cannabis constitue la drogue primaire dans environ 12 % des cas, ce qui en fait la deuxième substance après l'héroïne. Au cours des huit années écoulées entre 1996 et 2003, la proportion de consommateurs de cannabis parmi les nouveaux patients demandant un traitement, toutes drogues confondues, a au moins doublé dans de nombreux pays ⁽⁴⁴⁾, tout comme le nombre de patients. Cependant, cette analyse doit être interprétée avec prudence dans la mesure où elle repose sur un nombre limité de pays capables de fournir les données nécessaires à une comparaison de l'évolution des tendances dans le temps.

Dans l'ensemble, après l'héroïne, le cannabis est également la deuxième drogue la plus souvent citée dans

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Voir le site web de l'EDDRA pour de plus amples informations: «Step by Step» (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) et «Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction» (détection et intervention précoces face à l'usage problématique de drogue et à la toxicomanie) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Voir tableaux TDI-2 (partie i) et TDI-3 (partie iii) du bulletin statistique 2005.

Indicateur des demandes de traitement

Les informations sur le nombre de personnes en demande de traitement pour un problème de drogue fournissent des indications utiles sur les tendances générales de l'usage problématique de drogue et donnent également un aperçu de l'organisation et de la capacité d'accueil des centres de soins en Europe. L'indicateur des demandes de traitement de l'OEDT (IDT) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ permet de donner une structure uniforme aux déclarations concernant le nombre et les caractéristiques des patients pris en charge par les centres de soins. Bien que les données fournies par l'IDT puissent être considérées comme une représentation raisonnablement fiable et utile des caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins spécialisés, pour diverses raisons d'ordre technique, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des conclusions aux patients pour tous les types de services proposés. En particulier, le nombre de pays faisant une déclaration chaque année varie, et les tendances dégagées au niveau européen doivent donc être interprétées avec circonspection. En outre, il convient de tenir compte du fait que la couverture des données peut varier selon les pays (des données sur les unités couvertes sont reprises dans le bulletin statistique), et les données sur les demandes de traitement ne reflètent que partiellement la disponibilité de traitement contre la toxicomanie dans les pays.

Afin de faciliter l'interprétation et la comparaison des données relatives aux demandes de traitement, il convient de garder à l'esprit les éléments suivants :

- les patients qui entament leur premier traitement pour usage de drogue sont appelés les «nouveaux patients».

Ce groupe est considéré, sur le plan analytique, comme le plus important indicateur des tendances de l'usage de drogue. Des analyses sont également fournies pour l'ensemble des patients. Ce groupe couvre les nouveaux patients ainsi que ceux qui, après avoir interrompu ou achevé un traitement auparavant, l'ont repris durant l'année considérée. Les données sur les patients ayant suivi, durant la période considérée, un traitement sans interruption débuté au cours des années précédentes ne sont pas prises en compte ;

- deux sortes de données sont recueillies : les données sommaires sur tous les types de centres de soins et les données détaillées par type de centre (centres de soins ambulatoires, centres de soins résidentiels, structures de première ligne, médecins généralistes, unités de traitement en milieu carcéral, autres types de centres). Cependant, pour la plupart des pays, les données sont rares pour les types de centres autres que les services de soins résidentiels et ambulatoires. C'est la raison pour laquelle l'analyse se limite souvent aux centres de soins ambulatoires, pour lesquels la couverture est la meilleure ;
- les informations qualitatives et contextuelles provenant des rapports nationaux Reitox de 2004 sont également reprises afin d'aider à l'interprétation des données de l'IDT.

⁽¹⁾ Pour plus de détails, voir la page web de l'OEDT sur les demandes de traitement (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) et le lien vers la version 2.0 du protocole conjoint du groupe Pompidou et de l'OEDT sur l'indicateur des demandes de traitement.

⁽²⁾ Pour plus de détails sur les sources des données par pays, voir le tableau TDI-1 dans le bulletin statistique 2005.

les rapports sur les patients qui entament un traitement pour la première fois ⁽⁴⁵⁾. Les variations entre les pays sont considérables, le cannabis étant cité par 2 à 3 % des patients en Bulgarie et en Pologne, mais par plus de 20 % des patients au Danemark, en Allemagne, en Hongrie et en Finlande ⁽⁴⁶⁾. Dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, la proportion de patients demandant un traitement pour usage de cannabis est plus élevée chez les nouveaux patients que sur le nombre total de patients, à de rares exceptions près, où les proportions sont pratiquement égales ⁽⁴⁷⁾. Néanmoins, au cours des huit années entre 1996 et 2003, la proportion des consommateurs de cannabis parmi les patients demandant un traitement est passée de 9,4 % à 21,9 % pour l'ensemble des drogues ⁽⁴⁸⁾. Ces chiffres doivent néanmoins être considérés avec prudence étant donné qu'ils reposent sur un nombre limité de pays en mesure de

fournir les données nécessaires à une comparaison des tendances dans le temps.

Parmi les usagers de drogue en traitement, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes. Le ratio homme/femme le plus élevé concerne les nouveaux patients en demande de traitement pour usage de cannabis (4,8 pour 1). Les ratios homme/femme les plus élevés sont observés en Allemagne, à Chypre, en Hongrie et en Slovaquie, et les plus bas en République tchèque, en Slovaquie, en Finlande et en Suède. Ces différences entre les pays peuvent être le résultat de facteurs culturels ou d'éventuelles différences dans l'organisation des services de traitement ⁽⁴⁹⁾.

Les patients traités pour des problèmes de cannabis sont généralement relativement jeunes. Pratiquement tous les nouveaux patients en traitement pour le cannabis ont

⁽⁴⁵⁾ Voir également la question particulière consacrée à la demande de traitement pour usage de cannabis dans le rapport annuel 2004 de l'OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). L'analyse des données repose sur les patients en demande de traitement dans tous les centres de traitement pour la répartition générale et les tendances et sur les centres de soins ambulatoires pour le profil des patients et les modes de consommation.

⁽⁴⁶⁾ Voir tableaux TDI-2 (partie ii) et TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁴⁷⁾ Voir tableaux TDI-4 (partie ii) et TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁴⁸⁾ Voir tableau TDI-3 (partie iii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁴⁹⁾ Voir tableau TDI-22 du bulletin statistique 2005.

moins de 30 ans. La probabilité que les adolescents qui suivent des traitements spécialisés aient eu un problème primaire de cannabis est plus grande que pour les patients d'autres tranches d'âge, le cannabis représentant 65 % des demandes de traitement chez les jeunes de moins de 15 ans et 59 % chez les jeunes de 15 à 19 ans ⁽⁵⁰⁾.

Il existe des différences très prononcées entre les pays en ce qui concerne la fréquence de la consommation de cannabis chez les nouveaux patients. Les proportions les plus élevées de consommateurs quotidiens de cannabis sont enregistrées au Danemark et aux Pays-Bas pour les nouveaux patients, et les proportions d'usagers occasionnels ou de personnes qui n'ont pas consommé de cannabis durant le mois qui précède le traitement sont les plus élevées en Allemagne et en Grèce ⁽⁵¹⁾, ce qui reflète probablement des différences dans les conditions de la prise en charge en vue d'un traitement. En Allemagne, environ un tiers des nouveaux patients usagers de cannabis n'en consomment qu'occasionnellement ou n'en ont pas consommé durant le mois qui précède le traitement, mais, ailleurs, ce groupe représente près de 11 % des patients, et environ 60 % en consomment quotidiennement.

Saisies et informations relatives au marché

Production et trafic

En 2003, le cannabis était toujours la drogue illicite la plus produite et la plus sujette au trafic dans le monde. Toutefois, étant donné que la production de cannabis s'étend au monde entier et en raison de la difficulté de la contrôler, il reste difficile d'estimer la quantité produite (ONUDD, 2003a).

La production à grande échelle de résine de cannabis se concentre dans quelques pays, notamment le Maroc, tandis que le trafic s'étend à de nombreux pays (CND, 2004, 2005). Selon une enquête sur la production de cannabis au Maroc réalisée par l'ONUDD et le gouvernement du Maroc (2003), on estime que la région du Rif représentait en 2003 quelque 40 % de la production mondiale de résine de cannabis (OICS, 2005). La majeure partie de la résine de cannabis consommée dans l'UE provient du Maroc et entre principalement en Europe par la péninsule Ibérique, bien que les Pays-Bas soient un important centre de distribution secondaire pour le transport vers d'autres pays de l'UE (Bovenkerk et Hogewind, 2002). D'autres pays cités en 2003 comme sources de production de la résine de cannabis saisie dans l'UE sont l'Afghanistan, l'Albanie, l'Inde, l'Iran, le Népal et le Pakistan (rapports nationaux Reitox, 2004; OICS, 2005).

Interprétation des données sur les saisies et le marché

Le nombre de saisies de drogue dans un pays est généralement considéré comme un indicateur indirect de l'offre et de la disponibilité des drogues, bien qu'il reflète également les ressources, les priorités et les stratégies d'application de la législation et la vulnérabilité des trafiquants face aux stratégies nationales et internationales de réduction de l'offre. Les quantités saisies peuvent varier considérablement d'une année à l'autre. Ainsi, au cours d'une année, les autorités peuvent réaliser un petit nombre de saisies, mais de quantités importantes de drogue. C'est la raison pour laquelle plusieurs pays considèrent que le nombre de saisies est un meilleur indicateur de tendance. Dans tous les pays, le nombre de saisies comprend une part élevée de petites saisies au niveau du détail. L'origine et la destination des drogues saisies peuvent fournir des indications sur les routes qu'emprunte le trafic et sur les zones de production, mais cette information n'est pas toujours connue. La pureté et le prix des drogues au détail sont déclarés par la plupart des États membres. Toutefois, les données proviennent de diverses sources, qui ne sont pas toujours comparables ou fiables, ce qui rend les comparaisons entre pays malaisées.

La production mondiale d'herbe de cannabis est toujours éparpillée dans le monde et la production potentielle est estimée à plus de 40 000 tonnes (CND, 2005). L'herbe de cannabis saisie dans l'UE en 2003 proviendrait de divers pays, dont les Pays-Bas et l'Albanie, mais aussi de pays d'Afrique (Afrique du Sud, Malawi, Nigeria) et des États-Unis (rapports nationaux Reitox, 2004). En outre, il existe une culture et une production locales (à l'intérieur et à l'extérieur) de cannabis dans la plupart des États membres de l'UE (rapports nationaux Reitox, 2004).

Saisies

De par le monde, 1 347 tonnes de résine de cannabis et 5 821 tonnes d'herbe de cannabis ont été saisies en 2003. C'est en Europe centrale et occidentale (70 %), en Asie du Sud-Est et au Moyen-Orient (21 %) que les principales saisies de résine de cannabis ont eu lieu, alors que les saisies d'herbe de cannabis se sont concentrées aux Amériques (68 %) et en Afrique (26 %) (CND, 2005). En termes de nombre de saisies, le cannabis est la drogue la plus saisie dans tous les pays de l'UE, à l'exception de l'Estonie et de la Lettonie, où le nombre de saisies d'amphétamines a dépassé celui des saisies de cannabis en 2003. En termes de quantités, le cannabis est généralement aussi la drogue la plus saisie dans l'UE, bien qu'en 2003, les quantités d'autres drogues saisies aient été supérieures dans quelques pays — amphétamines en Estonie et au Luxembourg, héroïne en Hongrie et cocaïne en Pologne. Historiquement, la plupart des saisies de cannabis réalisées dans l'UE ont eu lieu au Royaume-Uni,

⁽⁵⁰⁾ Voir tableau TDI-10 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁵¹⁾ Voir tableau TDI-18 (partie iv) du bulletin statistique 2005.

devant l'Espagne et la France, et tel est probablement toujours le cas ⁽⁵²⁾. Cependant, au cours des cinq dernières années, l'Espagne a représenté, en termes de volumes, plus de la moitié de la quantité totale saisie dans l'UE. Au niveau de l'Union, le nombre de saisies de cannabis ⁽⁵³⁾ a plus ou moins suivi une tendance à la hausse depuis 1998, bien que la transmission de données fragmentaires par certains pays ne permette pas de tirer de conclusions définitives, tandis que les quantités saisies ⁽⁵⁴⁾ semblent avoir progressé depuis 2000.

Prix et puissance

En 2003, dans l'Union européenne, le prix moyen au détail de la résine de cannabis variait entre

1,4 euro (Espagne) et 21,5 euros (Norvège) le gramme, tandis que le prix de l'herbe de cannabis était compris entre 1,1 euro (Espagne) et 12 euros (Lettonie) le gramme ⁽⁵⁵⁾.

La puissance des produits à base de cannabis est déterminée par leur teneur en tétrahydrocannabinol (THC), son principal élément actif. En 2003, selon les pays pour lesquels des données sont disponibles, la résine de cannabis vendue au détail avait une teneur moyenne en THC allant de moins de 1 % (Pologne) à 25 % (Slovaquie), tandis que la puissance de l'herbe de cannabis variait de 1 % (Hongrie, Finlande) à 20 % (cannabis produit aux Pays-Bas) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Cela devra être vérifié à la lumière des données manquantes pour 2003 lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives au nombre de saisies de cannabis en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, les Pays-Bas et la Roumanie. Les données sur le nombre de saisies de cannabis et les quantités de cannabis saisies en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni.

⁽⁵³⁾ Voir tableau SZR-1 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁵⁴⁾ Voir tableau SZR-2 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁵⁵⁾ Voir tableau PPP-1 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁵⁶⁾ Voir tableau PPP-5 (partie i) du bulletin statistique 2005.



Chapitre 4

Stimulants de type amphétamines, LSD et autres drogues de synthèse

En ce qui concerne la prévalence de l'usage, dans presque tous les pays, une forme ou une autre de drogue synthétique est la deuxième substance consommée la plus couramment citée. Les pourcentages globaux de consommation de ces substances dans la population en général sont bas, mais les taux de prévalence parmi les groupes d'âge plus jeunes sont sensiblement supérieurs et l'usage de ces drogues peut être particulièrement important dans certaines classes sociales et/ou parmi certains sous-groupes culturels.

Au nombre des drogues de synthèse consommées en Europe, on trouve à la fois des substances stimulantes et hallucinogènes. Parmi ces dernières, le LSD ou diéthylamide d'acide lysergique est de loin la plus connue, mais la consommation globale en est faible et assez stable depuis longtemps. Certains signes montrent un intérêt accru pour des hallucinogènes naturels. Ce sujet sera abordé plus loin dans le rapport.

L'expression «stimulants de type amphétamines» (STA) couvre à la fois les amphétamines et le groupe de l'ecstasy. Les amphétamines sont un terme générique désignant plusieurs drogues chimiquement proches qui stimulent le système nerveux central, dont les deux plus importantes sont l'amphétamine et la métamphétamine en ce qui concerne le marché européen des drogues illicites. Parmi celles-ci, l'amphétamine est de loin la plus courante, bien que la consommation globale de métamphétamine soit en augmentation. À ce jour, la consommation importante de métamphétamine en Europe semble limitée à la République tchèque, bien que des rapports sporadiques d'autres pays soulignent l'importance du contrôle, étant donné qu'il est notoire que cette drogue est associée à divers graves problèmes de santé.

La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est la 3,4-méthylène-dioxy-métamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les pilules d'ecstasy. Ces drogues sont parfois connues sous le nom d'entactogènes, ce qui signifie «toucher à l'intérieur», et comprennent des substances synthétiques chimiquement liées aux amphétamines, mais qui s'en écartent quelque peu en termes d'effet, dans la mesure où elles combinent certains effets plus généralement provoqués par les substances hallucinogènes.

Prévalence et modes de consommation

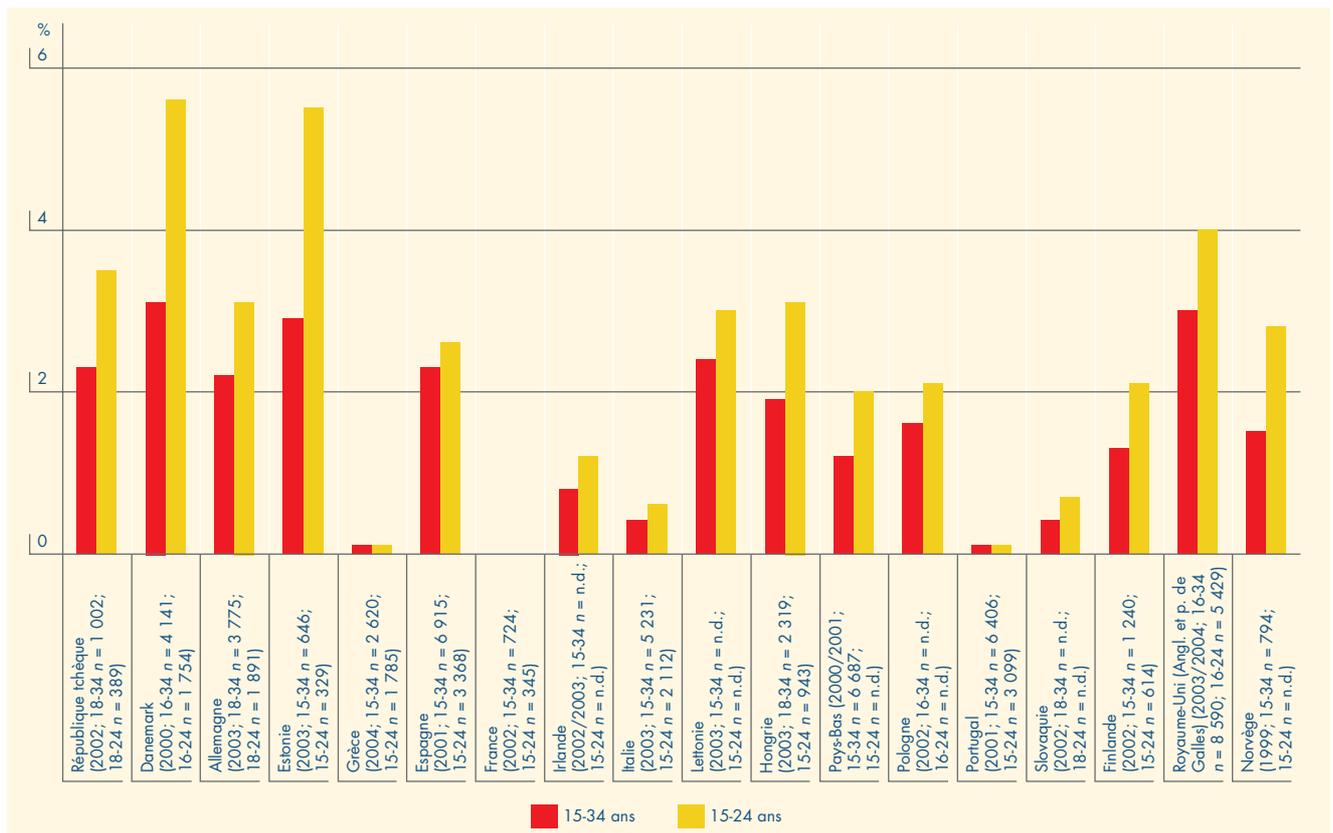
Traditionnellement, les enquêtes de population ont montré qu'après le cannabis, les amphétamines sont les substances illicites les plus couramment consommées, bien que la prévalence globale des amphétamines soit manifestement inférieure à celle du cannabis. Ce modèle de consommation semble être en train de changer dans de nombreux pays, l'ecstasy dépassant les amphétamines et se classant en deuxième position derrière le cannabis dans les enquêtes récentes sur la population générale et en milieu scolaire. À titre d'exemple, les enquêtes ESPAD de 2003 en milieu scolaire (Hibell e.a., 2004) ont conclu que les estimations de prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy dépassaient celles des amphétamines dans quatorze pays de l'UE, en Norvège et dans les pays candidats)⁽⁵⁷⁾. Il convient toutefois de rappeler que l'ecstasy n'est devenue populaire que dans les années 90, alors que la consommation d'amphétamines remonte à plus longtemps. Cet élément se reflète dans des enquêtes récentes menées auprès d'adultes, qui ont révélé des chiffres plus élevés d'expérimentation d'amphétamines au cours de la vie dans onze pays et d'ecstasy dans dix pays, mais un usage récent (douze derniers mois) plus élevé d'ecstasy dans quinze pays et d'amphétamines dans cinq pays seulement (dans deux pays, les chiffres fournis étaient identiques).

Selon des enquêtes récentes, parmi la population adulte (15 à 64 ans), l'expérience au cours de la vie de la consommation d'amphétamines dans les États membres de l'UE s'échelonne de 0,1 à 6 %, à l'exception du Royaume-Uni, où le chiffre atteint 12 %. L'usage récent est clairement inférieur, entre 0 et 1,2 %, le Danemark, l'Estonie et le Royaume-Uni se situant en haut de l'échelle.

Un tableau similaire se dégage des études de population ciblant le groupe des jeunes adultes (15 à 34 ans), parmi lesquels l'expérience au cours de la vie de la consommation d'amphétamines varie de 0,1 à 10 %, le Royaume-Uni se situant à un taux exceptionnellement élevé de 18,4 %. L'usage récent s'échelonne entre 0 et 3 %, le Danemark, l'Estonie et le Royaume-Uni se retrouvant une fois de plus en haut de l'échelle (voir graphique 6). Bien que les chiffres de la consommation au cours de la vie soient sensiblement plus élevés au Royaume-Uni que dans

⁽⁵⁷⁾ Voir graphique EYE-2 (partie iv) du bulletin statistique 2005.

Graphique 6 — Usage récent (dernière année) d'amphétamines parmi les jeunes adultes de tranches d'âge sélectionnées, de 15 à 34 ans et de 15 à 24 ans, mesuré par les enquêtes de population



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays (voir le tableau GPS-4 pour le groupe de 15 à 34 ans). Certains pays utilisent un groupe d'âge légèrement différent du groupe d'âge standard de l'OEDT pour les jeunes adultes. Les variations dans les tranches d'âge peuvent être à l'origine de disparités entre les pays.
Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

d'autres pays, la prévalence de l'usage récent d'amphétamines (au cours des douze derniers mois) est très similaire aux taux déclarés dans d'autres pays et continue globalement à chuter.

De nouvelles données sur la consommation d'amphétamines par les élèves de 15 à 16 ans sont rapportées dans les enquêtes ESPAD de 2003 ⁽⁵⁸⁾. La prévalence au cours de la vie de l'usage d'amphétamines est comprise entre moins de 1 % et 7 %; les estimations nationales les plus élevées pour l'usage récent et actuel (trente derniers jours) s'établissent respectivement à 4 et 3 %.

Entre 0,2 et 6,5 % de la population adulte a essayé l'ecstasy, les chiffres se situant dans la plupart des pays entre 1 et 4 %. Parmi la population adulte, l'usage récent s'échelonne entre 0 et 2,5 %, les chiffres de prévalence les plus élevés étant enregistrés en République tchèque, en Espagne et au Royaume-Uni.

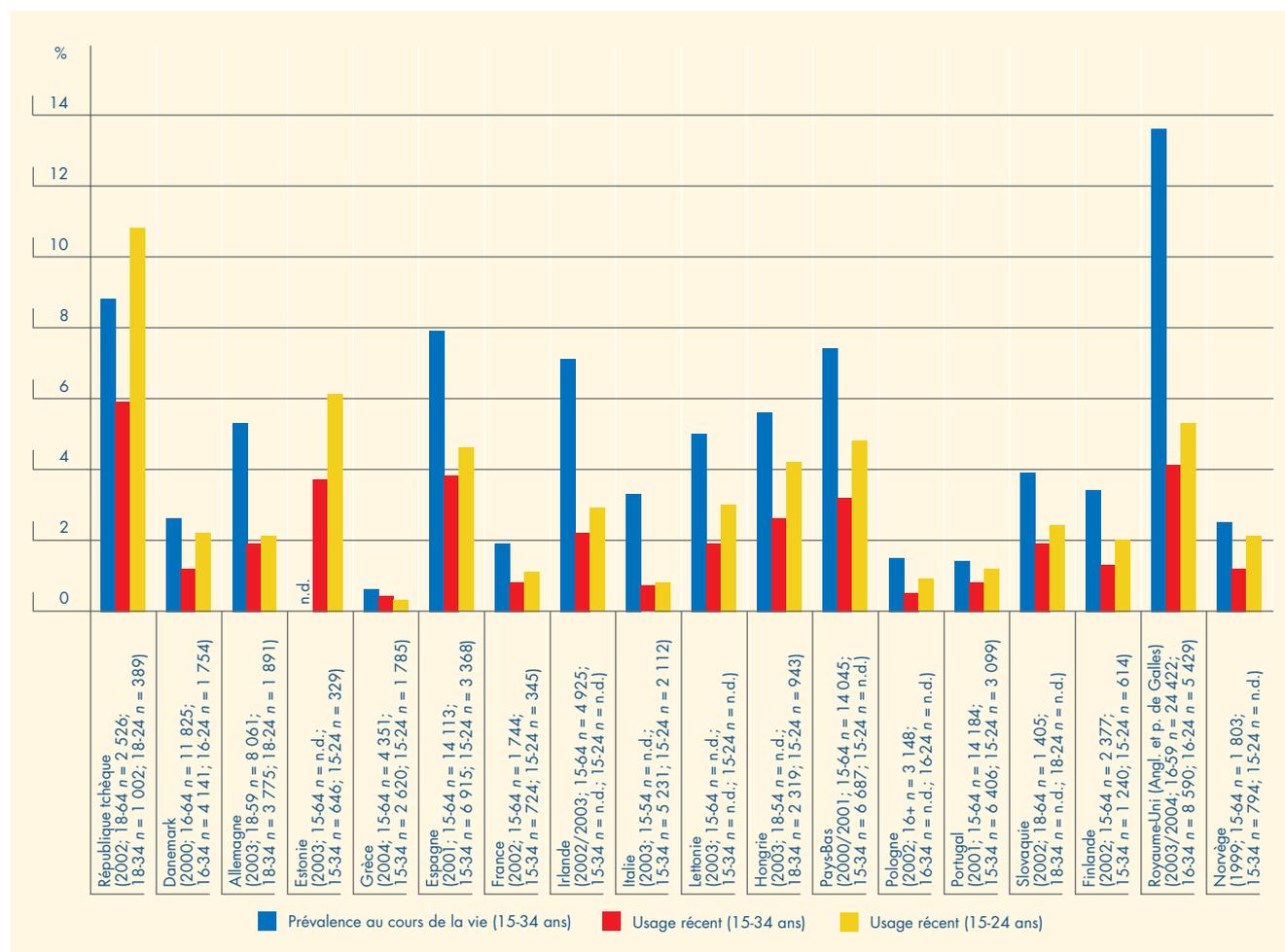
Entre 0,6 et 13,6 % des jeunes adultes (15 à 34 ans) reconnaissent avoir essayé l'ecstasy. L'usage récent

(prévalence au cours des douze derniers mois) se situe entre 0,4 et 6 %, la République tchèque, l'Estonie, l'Espagne et le Royaume-Uni présentant les taux de prévalence les plus élevés (voir graphique 7).

Étant donné que la consommation d'ecstasy est un phénomène qui touche essentiellement les jeunes, il est utile d'analyser les taux de prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les élèves de 15 à 16 ans. Parmi le groupe des 15 à 24 ans, les taux de prévalence au cours de la vie vont de 0,4 % à 13 %, tandis que les chiffres relatifs à l'usage récent oscillent entre 0,3 et 11 %. En outre, étant donné que la consommation de drogue est plus élevée chez les garçons que chez les filles de cette tranche d'âge, la plupart des pays font état de taux de prévalence au cours de la vie chez les garçons de 15 à 24 ans compris entre 4 et 16 % et de taux d'usage récent chez les mêmes compris entre 2 et 8 %. Enfin, sept pays ont communiqué des chiffres relatifs à l'usage actuel (au cours des trente derniers jours), qui incluent la consommation régulière et vont de 2 à 5 %, ce qui donne à penser que 1 homme sur 20 à 50 âgé de 15 à 24 ans

⁽⁵⁸⁾ Voir chapitre 2 pour une analyse détaillée des résultats de l'enquête ESPAD 2003 en milieu scolaire.

Graphique 7 — Prévalence au cours de la vie et usage récent (dernière année) d'ecstasy parmi les jeunes adultes de tranches d'âge sélectionnées, de 15 à 34 ans et de 15 à 24 ans, mesuré par les enquêtes de population



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays (voir, dans le bulletin statistique 2005, le tableau GPS-2 pour la prévalence au cours de la vie et le tableau GPS-4 pour l'usage récent, dans le groupe de 15 à 34 ans). Certains pays utilisent un groupe d'âge légèrement différent du groupe d'âge standard de l'OEDT pour les jeunes adultes. Les variations dans les tranches d'âge peuvent être à l'origine de disparités entre les pays.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

consomme régulièrement de l'ecstasy. Ces chiffres seraient probablement supérieurs en zone urbaine et, en particulier, parmi les personnes qui fréquentent des discothèques, des boîtes de nuit ou des soirées dansantes (Butler and Montgomery, 2004).

Les estimations de la prévalence de la consommation d'ecstasy sont nettement inférieures pour les élèves de 15 à 16 ans que pour les 15 à 24 ans. La prévalence au cours de la vie de la consommation d'ecstasy chez les élèves interrogés varie entre 0 et 8 %, avec des taux encore plus bas pour l'usage récent (0 à 4 %) et actuel (0 à 3 %). Dans la plupart des pays, les estimations de l'usage actuel s'établissent entre 1 et 2 % et la différence entre les sexes est faible (Hibell e.a., 2004).

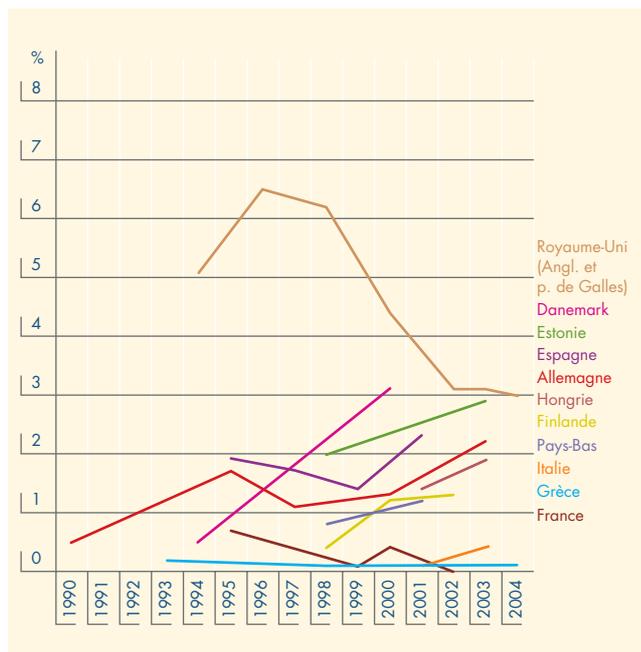
À titre de comparaison, dans l'enquête nationale américaine de 2003 sur la consommation de drogue et la santé (Samhsa, 2003), 4,6 % des adultes (âgés de 12 ans et plus) ont déclaré avoir consommé de l'ecstasy au cours de leur vie et 0,9 % ont reconnu une consommation récente. Dans le cadre de la même enquête, parmi les personnes âgées de 18 à 25 ans, 14,8 % ont déclaré avoir eu une expérience au cours de leur vie, 3,7 % ont reconnu avoir consommé récemment et 0,7 % déclarent consommer actuellement de l'ecstasy (dernier mois) ⁽⁵⁹⁾.

Tendances

Les enquêtes de population font apparaître une hausse de la consommation récente d'amphétamines (voir graphique 8) et d'ecstasy (voir graphique 9) chez les

⁽⁵⁹⁾ Il est à noter que la tranche d'âge de l'enquête américaine (12 ans et plus) est plus large que celle rapportée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15 à 64 ans). Par ailleurs, la tranche d'âge pour les jeunes adultes (18 à 25 ans) est plus étroite que celle utilisée dans la plupart des enquêtes européennes (15 à 24 ans).

Graphique 8 — Tendances de l'usage récent (dernière année) d'amphétamines parmi les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), mesurées par les enquêtes de population (1)



(1) La taille des échantillons (personnes interrogées) pour la tranche d'âge de 15 à 34 ans pour chaque pays et année est présentée dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

NB: Les données proviennent des enquêtes nationales disponibles dans chaque pays. Les chiffres et la méthodologie de chaque enquête peuvent être consultés dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

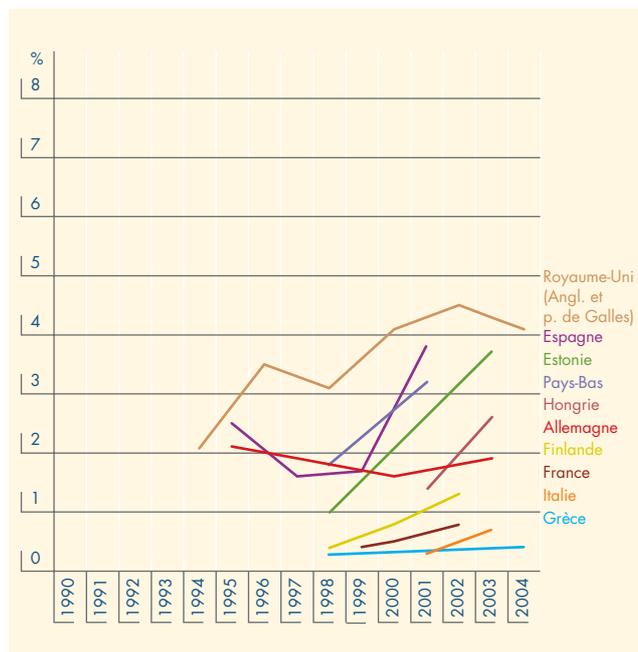
Pour les jeunes adultes, l'OEDT utilise la tranche d'âge de 15 à 34 ans [le Danemark et le Royaume-Uni partent de 16 ans, l'Allemagne, l'Estonie (1998) et la Hongrie de 18 ans]. En France, la tranche d'âge était de 18 à 39 ans en 1995.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

jeunes adultes dans la plupart des pays pour lesquels des informations sont disponibles ou ayant mené des enquêtes consécutives. En ce qui concerne l'ecstasy, les exceptions sont l'Allemagne et la Grèce, où les chiffres n'ont pas augmenté, et le Royaume-Uni, où la consommation de ces drogues s'est récemment stabilisée (2002-2003), quoiqu'à des niveaux relativement élevés (voir graphique 9).

Ainsi que cela a été dit plus haut, la consommation d'ecstasy dépasse désormais celle des amphétamines dans de nombreux pays. Toutefois, cela ne signifie nullement un recul de la consommation des amphétamines. Dans la plupart des pays qui disposent d'informations provenant d'enquêtes consécutives, l'usage d'amphétamines (usage récent chez les jeunes adultes) a, en effet, progressé. Une exception notable est le Royaume-Uni, où l'on observe une baisse sensible de la consommation d'amphétamines depuis 1998. Cette évolution peut expliquer pourquoi, au Royaume-Uni, la prévalence au cours de la vie est élevée alors que des niveaux d'usage récent plus faibles ont été enregistrés. On peut penser que la baisse de la

Graphique 9 — Tendances de l'usage récent (dernière année) d'ecstasy chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), mesurées par les enquêtes de population (1)



(1) Les données proviennent des enquêtes nationales disponibles dans chaque pays. Les chiffres et la méthodologie de chaque enquête peuvent être consultés dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

NB: Pour les jeunes adultes, l'OEDT utilise la tranche d'âge de 15 à 34 ans [le Danemark et le Royaume-Uni partent de 16 ans, l'Allemagne, l'Estonie (1998) et la Hongrie de 18 ans].

La taille des échantillons (personnes interrogées) pour la tranche d'âge de 15 à 34 ans pour chaque pays et année est présentée dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

consommation d'amphétamines a, dans une certaine mesure, été compensée par une hausse de la consommation de cocaïne et d'ecstasy (voir graphiques 8 et 9).

Données relatives aux demandes de traitement

La consommation de substances de type amphétamines (STA) est rarement la raison principale de suivre un traitement pour usage de drogue. On dénombre toutefois trois exceptions. Ainsi, en République tchèque, en Finlande et en Suède, les STA, et les amphétamines plutôt que l'ecstasy, représentent entre 18 et plus de 50 % de toutes les demandes de traitement primaire. En République tchèque, plus de 50 % des demandes de traitement déclarées concernent un problème primaire lié à la métamphétamine. Cette tendance se reflète également dans les nouvelles demandes de traitement, où la Slovaquie s'ajoute à la liste (60). Par ailleurs, 11 % des

(60) Voir tableaux TDI-4 (partie ii) et TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

nouveaux patients européens en demande de traitement et fournissant des données citent les STA comme drogue secondaire ⁽⁶¹⁾.

La comparaison des données de 2002 et de 2003 montre que la tendance à la hausse du nombre d'usagers de STA s'est poursuivie (+ 3,5 %). Entre 1996 et 2003, le nombre de patients en demande de traitement pour usage de STA est passé de 2 204 à 5 070 dans douze pays de l'UE.

Parmi les nouveaux patients qui demandent un traitement dans des centres de soins ambulatoires pour usage de STA, 78,5 % consomment des amphétamines et 21,4 % de la MDMA (ecstasy) ⁽⁶²⁾. Le pourcentage le plus élevé de consommateurs d'ecstasy est enregistré en Hongrie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

Près d'un tiers des usagers de STA qui demandent un traitement sont âgés de 15 à 19 ans et un autre tiers de 20 à 24 ans ⁽⁶³⁾. La grande majorité des patients consommateurs de STA ont pris de la drogue pour la première fois entre 15 et 19 ans ⁽⁶⁴⁾.

Parmi les patients qui suivent un traitement pour usage de STA, on trouve autant de consommateurs occasionnels que de consommateurs quotidiens. Dans les pays où la proportion de patients usagers d'amphétamines est plus élevée, la plupart des patients prennent de la drogue entre 2 et 6 fois par semaine ⁽⁶⁵⁾.

La principale voie d'administration des amphétamines et de l'ecstasy est orale (58,2 %); cependant, 15 % environ des patients s'injectent la drogue. Dans certains pays, plus de 60 % des patients qui prennent des STA s'injectent couramment des amphétamines (République tchèque et Finlande) ⁽⁶⁶⁾.

Décès liés à l'ecstasy

Les décès liés à l'ecstasy sont relativement rares en comparaison de ceux dus aux opiacés, mais non négligeables dans certains pays, et le suivi de ces décès pourrait être amélioré. On pourrait définir les «décès liés à l'ecstasy» comme ceux pour lesquels le certificat de décès mentionne que cette substance a été décelée dans l'analyse toxicologique (souvent en association avec d'autres drogues) ⁽⁶⁷⁾.

Bien que les rapports ne soient pas harmonisés, les données provenant des rapports nationaux Reitox pour 2004 suggèrent que les décès liés à l'ecstasy sont rares dans la plupart des pays de l'UE, en particulier ceux qui ne mettent en cause que l'ecstasy. En 2003, plusieurs pays ont rapporté des décès liés à l'ecstasy: Autriche (1 décès

uniquement lié à l'ecstasy), République tchèque (1 décès probablement dû à une surdose de MDMA), France (8 cas liés à l'ecstasy), Allemagne (2 décès liés uniquement à l'ecstasy et 8 mettant en cause l'ecstasy et d'autres substances, alors que les chiffres étaient de 8 et 11, respectivement, en 2002), Portugal (ecstasy décelée dans 2 % des décès liés à la drogue) et Royaume-Uni (ecstasy «mentionnée» dans 49 certificats de décès en 2000, 76 en 2001 et 75 en 2002). Les Pays-Bas rapportent 7 décès dus à une intoxication aiguë aux psychostimulants, bien que la substance en cause ne soit pas précisée.

Quelques rares pays ont transmis des données sur les urgences hospitalières impliquant de l'ecstasy. À Amsterdam, le nombre d'urgences non fatales (rapport national néerlandais) imputables à la consommation d'ecstasy est resté stable entre 1995 et 2003 (tout comme celui des urgences liées aux amphétamines), tandis que les urgences provoquées par des champignons hallucinogènes et du gamma-hydroxybutyrate (GHB) ont augmenté. Au Danemark (rapport national), le nombre de contacts hospitaliers liés à des intoxications aux stimulants a progressé, passant de 112 cas en 1999 à 292 cas en 2003; sur ce nombre de contacts, ceux imputables à l'ecstasy ont sensiblement augmenté de 1999 à 2000, mais aucune tendance claire ne s'est dégagée par la suite, tandis que le nombre de contacts associés à l'usage d'amphétamines a connu une augmentation constante au cours de cette période.

Prévention

Des projets de prévention mobile s'adaptent à la fragmentation de la culture «rave», de sorte que le groupe cible des jeunes usagers de drogues récréatifs peut encore être atteint, par exemple grâce aux points de contact pour chaque «scène». Parmi les pays où des contrôles de pilules ont eu lieu, l'Allemagne et le Portugal ont interrompu cette pratique. Aux Pays-Bas, les contrôles de pilules ne sont pratiqués qu'en laboratoire et, en France, l'abandon des contrôles de pilules sur place a été proposé. Parmi les raisons de ces changements figurent la faible occurrence de pilules trafiquées en Europe de l'Ouest et les préoccupations récurrentes quant à la légalité de cette pratique. En République tchèque, toutefois, les projets de contrôles des pilules se poursuivent et ont fait l'objet d'un débat dans les médias.

Prévention dans les lieux de divertissement

Des projets de prévention sélective dans les lieux de divertissement sont de plus en plus nombreux dans les

⁽⁶¹⁾ Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2005.

⁽⁶²⁾ Voir tableau TDI-23 du bulletin statistique 2005.

⁽⁶³⁾ Voir tableaux TDI-11 (partie i) et TDI-11 (partie v) du bulletin statistique 2005.

⁽⁶⁴⁾ Voir tableaux TDI-10 (partie i) et TDI-10 (partie v) du bulletin statistique 2005.

⁽⁶⁵⁾ Voir tableau TDI-18 (partie iii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁶⁶⁾ Voir tableau TDI-17 (partie iii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁶⁷⁾ Voir rapport annuel 2004 de l'OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int/fr/page038-fr.html>) pour une analyse plus détaillée des décès liés à l'ecstasy.

nouveaux États membres, en particulier en République tchèque, à Chypre (unité d'information mobile dans les événements nocturnes), en Hongrie (trois organisations), en Pologne et en Slovaquie.

Généralement, la teneur de ces interventions demeure inchangée et est similaire dans la plupart des États membres: discothèques antidrogue, manifestations artistiques, théâtre, soutien des médias (films, bandes dessinées, etc.), séminaires, expositions itinérantes et expériences de voyages (rapport national luxembourgeois).

Les approches structurelles restent un élément important. En Italie, aux Pays-Bas et en Scandinavie, la création de réseaux est considérée comme une condition préalable à la prévention de la toxicomanie, le but étant d'influencer la culture de la vie nocturne. À cette fin, des professionnels de la prévention établissent des contacts avec les propriétaires de lieux généralement utilisés pour la consommation récréative de drogue (y compris les *coffee shops* aux Pays-Bas) ainsi qu'avec d'autres acteurs de la nuit, comme les portiers et le personnel des bars. En Suède, ces interventions s'étendent à des grandes villes autres que Stockholm. Une étude de projets similaires aux Pays-Bas a conclu que «les visiteurs et les organisateurs de soirées se comportent de manière beaucoup plus responsable vis-à-vis des drogues illicites que ce que l'on pensait» (Pijlman e.a., 2003). Des approches intégrées telles que celles-ci présentent également l'avantage de détourner l'attention du public des incidents et des urgences médicales mettant en cause les drogues illicites dans les grandes soirées et de concentrer la sensibilisation sur les risques généraux des boîtes de nuit. Des lignes directrices pour une vie nocturne plus sûre relèvent de cette catégorie, mais ne sont pas encore très répandues en Europe (Calafat e.a., 2003).

Les conseils individuels en ligne par l'intermédiaire de sites web constituent une approche relativement nouvelle, adoptée par l'Allemagne et l'Autriche (www.drugcom.de). Dans le même style, en Autriche, des conseils par courriel sont disponibles au nouveau centre d'appel d'aide aux usagers de drogue de Vienne, et des normes de qualité ont été élaborées (FSW, 2004). Cependant, la plupart des sites de prévention proposent simplement des conseils d'experts et n'offrent pas de forum de discussion, étant donné qu'il n'existe pas de preuves solides de l'efficacité de ces communautés de pairs émanant des consommateurs (Eysenbach e.a., 2004).

Saisies et informations relatives au marché ⁽⁶⁸⁾

Comme l'indique l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC, 2003a), la production de STA — «drogues de synthèse qui englobent l'amphétamine, la métamphétamine et l'ecstasy, chimiquement apparentées» — est difficile à quantifier, car elle s'effectue «avec des produits chimiques qu'il est facile de se procurer et dans des laboratoires qu'il est facile de dissimuler». Cependant, la production mondiale annuelle de STA est estimée à environ 520 tonnes (ONUDC, 2003b). Les saisies mondiales de STA ont atteint leur plus haut niveau en 2000 avec 46 tonnes, et, après une période de recul, elles sont remontées à 34 tonnes en 2003 (CND, 2004, 2005).

Amphétamine

Lorsque l'on examine le nombre de laboratoires démantelés, on constate que la production mondiale d'amphétamines reste concentrée en Europe. En 2003, des laboratoires d'amphétamines ont été découverts dans huit pays de l'UE (Belgique, Allemagne, Estonie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni). La majeure partie des amphétamines saisies dans l'UE en 2003 provenait des Pays-Bas, devant la Pologne et la Belgique. En outre, des rapports indiquent que des amphétamines sont produites en Estonie et en Lituanie et ensuite envoyées dans les pays scandinaves. Le trafic d'amphétamines demeure principalement intrarégional (rapports nationaux Reitox, 2004; CND, 2005).

De même, la plupart des saisies d'amphétamines ont lieu en Europe. L'Europe centrale et occidentale représentait 82 % de la quantité totale d'amphétamines saisies dans le monde en 2003, l'Europe orientale et du Sud-Est comptant pour 13 % et les pays du Proche et du Moyen-Orient pour 3 % (CND, 2005). Au cours des cinq dernières années, le pays de l'UE qui a saisi le plus d'amphétamines est le Royaume-Uni ⁽⁶⁹⁾. Dans l'ensemble de l'Union européenne, le nombre de saisies d'amphétamines ⁽⁷⁰⁾, qui s'orientait à la hausse auparavant, a atteint son plus haut niveau en 1998 et les quantités saisies ⁽⁷¹⁾ ont culminé en 1997. Le nombre de saisies d'amphétamines a de nouveau augmenté en 2001 et en 2002 mais, en se fondant sur les tendances dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, elles pourraient s'être stabilisées ou avoir diminué en 2003. Les quantités saisies ont également fluctué, mais elles semblent repartir à la hausse depuis 2002 ⁽⁷²⁾.

⁽⁶⁸⁾ Voir «Interprétation des données sur les saisies et le marché», p. 42.

⁽⁶⁹⁾ Cela devra être vérifié à la lumière des données britanniques pour 2003, lorsqu'elles seront disponibles. Les données sur le nombre de saisies d'amphétamines en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, les Pays-Bas et la Roumanie. Les données sur le nombre de saisies d'amphétamines et les quantités d'amphétamines saisies en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni.

⁽⁷⁰⁾ Voir tableau SZR-7 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷¹⁾ Voir tableau SZR-8 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷²⁾ Cela devra être vérifié à la lumière des données manquantes pour 2003, en particulier pour le Royaume-Uni, lorsqu'elles seront disponibles.

En 2003, le prix moyen des amphétamines pour le consommateur variait de moins de 10 euros le gramme en Belgique, en Estonie, en Grèce, en Lettonie, en Hongrie, aux Pays-Bas et en Slovaquie à 37,5 euros le gramme en Norvège ⁽⁷³⁾. Le degré moyen de pureté au niveau de la vente au détail en 2003 était compris entre 7,5 % (Allemagne) et 50 % (Norvège) ⁽⁷⁴⁾.

Métamphétamine

Au niveau mondial, le principal STA en termes de quantités fabriquées et vendues de manière illicite est la métamphétamine. En 2003, la production et les saisies sont restées les plus importantes en Asie de l'Est et du Sud-Est (Chine, Myanmar, Philippines, Thaïlande), suivie par l'Amérique du Nord (États-Unis) (CND, 2005). La production de métamphétamine en Europe s'opère sur une échelle beaucoup plus réduite. En 2003, des laboratoires clandestins de métamphétamine ont été découverts en République tchèque, en Allemagne, en Lituanie et en Slovaquie (rapports nationaux Reitox, 2004; CND, 2005). La République tchèque rapporte l'existence d'une production de métamphétamine depuis le début des années 80 (ONU DC, 2003a). La majeure partie de cette production est destinée au marché local, mais une partie passe en contrebande vers l'Allemagne et l'Autriche (rapport national tchèque, 2004). En 2003, les autorités tchèques ont rapporté une augmentation de la production de «pervitine» (métamphétamine locale) à partir de produits pharmaceutiques de marques due à un manque d'éphédrine (le précurseur de la métamphétamine) sur le marché noir local. Bien que l'OEDT ne collecte pas systématiquement les données sur les saisies de métamphétamine, la République tchèque, l'Allemagne, la Lituanie et la Norvège déclarent avoir réalisé des saisies de ce produit en 2003. Par ailleurs, le Danemark affirme que la métamphétamine devient de plus en plus courante sur le marché des drogues illicites, et la Lettonie a fait état d'une quantité accrue (0,8 tonne) d'éphédrine saisie en 2003 par rapport à 2002 (rapports nationaux Reitox, 2004).

En 2003, le prix au détail de la «pervitine» en République tchèque oscillait entre 16 et 63 euros le gramme ⁽⁷⁵⁾ et sa pureté variait de 50 à 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

Au niveau mondial, l'Europe reste le principal centre de production d'ecstasy, bien que son importance relative

semble diminuer depuis que la fabrication d'ecstasy s'étend vers d'autres régions du monde ces dernières années, notamment l'Amérique du Nord et l'Asie de l'Est et du Sud-Est (CND, 2005; OICS, 2005). En 2003, le nombre de laboratoires d'ecstasy découverts dans le monde a baissé (CND, 2005). Au sein de l'UE, la Belgique, l'Estonie, la Lituanie et les Pays-Bas ont indiqué qu'ils avaient découvert des laboratoires (rapports nationaux Reitox, 2003). L'ecstasy saisie dans l'UE provient essentiellement des Pays-Bas, suivis de la Belgique, bien que l'Estonie et le Royaume-Uni soient également cités comme pays sources (rapports nationaux Reitox, 2003).

Le trafic d'ecstasy est toujours fortement concentré en Europe occidentale, bien que, à l'instar de la production, il se soit développé dans le monde entier ces dernières années (ONU DC, 2003a). En termes de quantités saisies, en 2003, l'Europe centrale et occidentale représentait 58 % des saisies, devant l'Océanie avec 23 % (CND, 2005). En 2002, les Pays-Bas ont pour la première fois dépassé le Royaume-Uni au niveau des saisies d'ecstasy ⁽⁷⁷⁾.

Le nombre de saisies d'ecstasy ⁽⁷⁸⁾ au niveau de l'UE a augmenté rapidement au cours de la période 1998-2001. Toutefois, depuis 2002, les chiffres des saisies sont en baisse et, selon les tendances dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, ce recul semble s'être poursuivi en 2003. Les quantités d'ecstasy interceptées ⁽⁷⁹⁾ ont fortement augmenté entre 1998 et 2000 et progressent plus lentement depuis. En 2003, cependant, les quantités saisies ont diminué dans la plupart des pays qui transmettent des données. Le déclin apparent des saisies d'ecstasy dans l'UE (à la fois en nombre et en quantité) doit toutefois être confirmé pour 2003 à la lumière des données manquantes pour cette même année (en particulier au Royaume-Uni), dès qu'elles seront disponibles.

En 2003, le prix moyen d'un comprimé d'ecstasy pour le consommateur variait de moins de 5 euros (Hongrie, Pays-Bas) à 20-30 euros (Grèce, Italie) ⁽⁸⁰⁾.

En 2003, après analyse, la plupart des comprimés vendus comme drogues illicites ne contenaient que de l'ecstasy (MDMA, le principe actif) et des substances proches de l'ecstasy (MDEA, MDA), comme principes psychoactifs. C'était le cas du Danemark, de l'Espagne, de la Hongrie, des Pays-Bas, de la Slovaquie et de la Norvège, où plus de 95 % des comprimés analysés contenaient ces

⁽⁷³⁾ Voir tableau PPP-4 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷⁴⁾ Voir tableau PPP-8 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷⁵⁾ Voir tableau PPP-4 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷⁶⁾ Voir tableau PPP-8 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷⁷⁾ Cela devra être vérifié à la lumière des données manquantes pour 2003 lorsqu'elles seront disponibles. Les données sur le nombre de saisies d'ecstasy en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, les Pays-Bas et la Roumanie. Les données sur le nombre de saisies d'ecstasy et les quantités d'ecstasy saisies en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni.

⁽⁷⁸⁾ Voir tableau SZR-9 (partie iv) du bulletin statistique 2005.

⁽⁷⁹⁾ Voir tableau SZR-10 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁸⁰⁾ Voir tableau PPP-4 (partie i) du bulletin statistique 2005.

substances. Cependant, deux pays (Estonie et Lituanie) ont rapporté qu'un pourcentage élevé des comprimés analysés (94 et 76 %, respectivement) contenait de l'amphétamine et/ou de la méthamphétamine comme seules substances psychoactives. La teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy varie considérablement entre les lots (même entre ceux qui portent le même logo), à l'intérieur des pays et entre eux. En 2003, la teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy se situait entre 54 et 78 mg ⁽⁸¹⁾. Parmi les autres substances psychoactives trouvées dans les comprimés vendus comme ecstasy en 2003 figuraient les substances suivantes: MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA et 1-PEA (rapports nationaux Reitox, 2004).

LSD

Le LSD est fabriqué et vendu illégalement dans une bien moindre mesure que les STA. Jusqu'en 2000, le pays qui effectuait le plus grand nombre de saisies de LSD dans l'UE était le Royaume-Uni, mais il est désormais devancé par l'Allemagne ⁽⁸²⁾ en termes de nombre de saisies ⁽⁸³⁾. Au cours de la période 1998-2002, au niveau de l'UE, tant le nombre de saisies de LSD ⁽⁸⁴⁾ que les quantités saisies ⁽⁸⁵⁾ ont connu une baisse constante, si l'on excepte une stabilisation en 2000. En 2003, toutefois, pour la première fois depuis neuf ans, le nombre de saisies de LSD et les quantités interceptées ont augmenté. Des quantités exceptionnellement élevées ont été saisies en Espagne, en France et en Pologne. Cela pourrait indiquer une reprise du trafic de LSD (et éventuellement de la consommation de cette substance) dans l'UE. En 2003, le coût moyen pour le consommateur d'une dose de LSD allait de 4 euros au Royaume-Uni à 25 euros en Italie ⁽⁸⁶⁾.

Informations relatives au système d'alerte rapide

L'objectif premier du système européen d'alerte rapide (SAR), institué dans le cadre de l'action commune de 1997 de l'UE sur les nouvelles drogues de synthèse ⁽⁸⁷⁾, est la collecte, l'analyse et l'échange rapides d'information sur les nouvelles drogues de synthèse dès leur apparition sur le marché européen de la drogue. Le système d'alerte rapide relève de la responsabilité de l'OEDT dans le cadre du réseau Reitox et fonctionne en étroite collaboration

avec Europol, qui fournit les informations pertinentes sur la répression grâce à son réseau d'unités nationales (ENU).

En 2004, les États membres ont informé l'OEDT de l'apparition de 6 nouvelles drogues de synthèse, portant le nombre total de substances sous contrôle à plus de 25. Ces substances comprennent les phénéthylamines de substitution (principalement du groupe 2C ainsi que la TMA-2, la 4-MTA, la PMMA, etc.), des tryptamines (comme la DMT, l'AMT, la DIPT et plusieurs dérivés) et les pipérazines (dont la BZP et la mCPP). Des informations ont également été recueillies et échangées sur d'autres substances, dont quelques cathinones (comme les pyrrolidines de substitution). La Commission européenne et le Conseil n'ont toutefois pas été appelés à demander une évaluation des risques pour une nouvelle substance étant donné que les preuves de l'existence de risques pour l'individu, la santé publique ou la société étaient insuffisantes.

La kétamine et le GHB, qui ont tous deux fait l'objet d'une évaluation des risques en 2000, sont toujours sous surveillance dans le cadre du SAR. Bien que certains signes indiquent que la consommation de ces deux substances dans des lieux de divertissement pourrait considérablement augmenter, les éléments disponibles ne sont pas encore suffisants pour quantifier la prévalence ou dégager des tendances à l'échelle communautaire.

La kétamine a été identifiée en Belgique, au Danemark, en Grèce, en France, en Hongrie, aux Pays-Bas, en Suède, au Royaume-Uni et en Norvège. La majeure partie de la kétamine saisie se présentait sous la forme d'une poudre blanche, mais la France et le Royaume-Uni ont également fait mention de kétamine liquide. La Suède et la Norvège ont enregistré les nombres les plus élevés de traces dans les fluides organiques et dans les échantillons (51 et 30, respectivement), mais aucun des deux pays n'a opéré de distinction entre l'usage médical et la consommation illicite.

Des identifications de GHB, ainsi que des saisies de ses précurseurs GBL et 1,4-BD (produits chimiques aisément disponibles dans le commerce), ont été déclarées par la Belgique, la République tchèque, le Danemark, l'Estonie, la France, les Pays-Bas, la Suède, la Finlande, le Royaume-Uni et la Norvège. Le GHB saisi se présentait sous la forme de poudre et de liquide.

⁽⁸¹⁾ Cette fourchette ne repose que sur les données de quelques pays, à savoir le Danemark, l'Allemagne, la France, le Luxembourg et les Pays-Bas.

⁽⁸²⁾ Le petit nombre de saisies de LSD doit être pris en compte afin d'éviter d'interpréter erronément les variations d'une année à l'autre.

⁽⁸³⁾ Cela devra être vérifié à la lumière des données manquantes pour 2003 lorsqu'elles seront disponibles. Les données sur le nombre de saisies de LSD en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, les Pays-Bas et la Pologne. Les données sur le nombre de saisies de LSD et sur les quantités de LSD saisies en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande, Malte, la Slovaquie, le Royaume-Uni, la Bulgarie et la Roumanie.

⁽⁸⁴⁾ Voir tableau SZR-11 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁸⁵⁾ Voir tableau SZR-12 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁸⁶⁾ Voir tableau PPP-4 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽⁸⁷⁾ L'action commune de 1997 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse (JO L 167 du 25.6.1997) définit les nouvelles drogues de synthèse comme étant «les drogues de synthèse qui ne figurent pas actuellement sur les listes de la convention des Nations unies, de 1971, sur les substances psychotropes, et qui menacent la santé publique aussi gravement que les substances énumérées aux listes I ou II de ladite convention et ont un effet thérapeutique limité». Elle vise les produits finals par opposition aux précurseurs.

Au cours des deux derniers mois de 2004, plusieurs cas d'intoxication due à la consommation de cocaïne dénaturée et de doses relativement élevées d'atropine ⁽⁸⁸⁾ ont été rapportés en Belgique, en France, en Italie et aux Pays-Bas. Dès que le risque d'intoxication associé à la combinaison de cocaïne et d'atropine est devenu évident, l'OEDT a lancé une alerte auprès des partenaires du SAR, en leur conseillant d'informer leurs réseaux et, en particulier, les autorités sanitaires compétentes sur les signes de l'intoxication à la cocaïne/atropine, de sorte qu'elle puisse être rapidement diagnostiquée. Plusieurs États membres ont alors choisi de lancer des alertes rapides à leurs réseaux ou aux autorités responsables de la santé publique.

En mai 2005, le SAR a été renforcé à la suite de l'adoption d'une décision du Conseil (2005/387/JAI), remplaçant l'action commune de 1997. La décision du Conseil étend le champ d'application à toutes les nouvelles substances psychoactives (aussi bien les stupéfiants que les drogues de synthèse). En outre, le mécanisme permet désormais d'inclure les médicaments dans l'échange d'informations sur les nouvelles substances psychoactives.

Action internationale contre la production et le trafic de drogues de synthèse

La coopération internationale et communautaire reconnaît de plus en plus l'importance de surveiller et de contrôler les produits chimiques précurseurs nécessaires à la fabrication de substances sous contrôle. En renforçant la surveillance des produits chimiques nécessaires à la fabrication de drogues comme l'héroïne, la cocaïne et l'ecstasy, il est possible de prendre des mesures pour interrompre ou entraver l'offre. À l'heure actuelle, trois programmes internationaux majeurs sont mis en œuvre dans ce domaine: l'opération «Purple», qui concerne le permanganate de potassium entrant dans la fabrication de la cocaïne; l'opération «Topaze» qui porte sur le commerce international d'anhydride acétique, un précurseur utilisé dans la fabrication de l'héroïne, et le projet «Prisme», relatif au traçage des saisies de précurseurs des stimulants de type amphétamines dans les ports d'entrée ou dans les laboratoires clandestins de drogues illicites. Au total, 20 227 transactions ont été notifiées à l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) et examinées dans le cadre de ces opérations au cours des deux dernières années. Certains signes témoignent que ces actions ont eu un impact sur la production de drogue.

Le projet «Prisme» est particulièrement important pour la production de drogues de synthèse au sein de l'UE. Il s'agit d'un domaine très intéressant parce que, parmi les multiples produits chimiques qui peuvent servir à fabriquer des STA, de nombreuses substances sont nécessaires à des

activités commerciales légales ou en sont des produits dérivés. Le projet «Prisme» s'intéresse notamment à la surveillance des échanges internationaux de safole, qui est utilisé dans la fabrication d'ecstasy, à la prévention du détournement de spécialités pharmaceutiques contenant de la pseudoéphédrine et à la localisation de laboratoires fabriquant clandestinement du 1-phényl-2-propanone. En dépit des difficultés rencontrées dans ce domaine, le projet «Prisme» semble avoir amélioré la coopération internationale et avoir réussi à faire appliquer des interdictions. Un exemple cité dans le récent rapport de l'OICS (2005) est celui de la coopération sino-polonaise qui a conduit à la découverte d'un important réseau de contrebande de 1-phényl-2-propanone en Pologne.

Mesures prises contre la production et le trafic de drogues de synthèse en Europe

Conformément au plan de mise en œuvre des mesures à prendre pour lutter contre l'offre de drogues de synthèse, la Commission, en coopération avec Europol, a rédigé, en décembre 2003, un rapport décrivant l'état d'avancement des principaux projets multilatéraux sur la localisation des réseaux de distribution et les expériences accumulées dans ce domaine au niveau de l'UE, dans les États membres et dans les pays candidats. Le rapport met en évidence les éléments clés de ces projets, manifestement essentiels à la réalisation des objectifs opérationnels. Il conclut en outre qu'il existe «un bénéfice potentiel à combiner des informations et des renseignements de différents domaines liés aux drogues de synthèse dans le cadre d'une stratégie intégrée et exhaustive».

En décembre 2004, Europol a fusionné les projets CASE et Genesis pour créer le projet Synergy, qui comprend un fichier de travail analytique (AWF) soutenu par vingt États membres et quelques pays tiers, le système de comparaison des laboratoires clandestins d'Europol (EILCS) et le système des logos d'ecstasy d'Europol (EELS). Ce projet soutient toujours l'action mondiale contre les drogues de synthèse en Europe (CASE), une initiative suédoise sur le profilage des amphétamines, ainsi que l'unité européenne d'enquête sur les précurseurs (EJUP), qui se compose d'experts de six États membres.

Le volet AWF recueille et analyse des renseignements de haut niveau sur la criminalité liée aux précurseurs et aux drogues de synthèse. La priorité est donnée aux enquêtes sur les groupes criminels et/ou sur les principaux modes opératoires.

L'EILCS recueille des informations photographiques et techniques provenant des sites de fabrication des drogues de synthèse et des décharges de produits chimiques connexes, qui permettent d'analyser les rapports entre l'équipement, le matériel et les produits chimiques saisis, d'entamer des échanges d'informations, de revenir sur les enquêtes, d'effectuer des analyses médico-légales afin

⁽⁸⁸⁾ L'atropine, un agent anticholinergique, est un alcaloïde naturellement présent dans l'*Atropa belladonna*. Une intoxication sévère peut être fatale.

d'obtenir des preuves et d'identifier ou de cibler les facilitateurs et les groupes criminels associés. Europol, via l'EILCS, constitue le point focal européen du projet «Prisme-Équipement», le programme mondial de l'OICS (Nations unies) sur le traçage des machines à faire des comprimés et autres équipements de production des drogues de synthèse.

L'EELS collecte des informations photographiques sur les modes opératoires ainsi que des informations médico-

légales de base sur les saisies importantes — de manière à établir des corrélations entre elles — et sur les presses saisies; il initialise l'échange d'informations en matière de répression, de poursuite des enquêtes et de profilage médico-légal aux fins de la collecte des preuves et du ciblage des groupes criminels.

Les catalogues d'Europol sur le matériel de fabrication des drogues de synthèse et sur les logos de l'ecstasy sont régulièrement publiés et mis à jour.



Chapitre 5

Cocaïne et crack

Prévalence et modes de consommation de la cocaïne

Comme l'indiquent les récentes enquêtes nationales de population, entre 0,5 et 6 % de la population adulte déclarent avoir consommé au moins une fois de la cocaïne (prévalence au cours de la vie), l'Italie (4,6 %), l'Espagne (4,9 %) et le Royaume-Uni (6,8 %) se situant dans la partie supérieure de cette fourchette. L'usage récent de cocaïne (douze derniers mois) est signalé, en général, par moins de 1 % des adultes. Dans la plupart des pays, la fourchette est comprise entre 0,3 et 1 %. L'Espagne et le Royaume-Uni enregistrent des taux de prévalence récente supérieurs à 2 %.

Bien que les chiffres relatifs à la prévalence de la cocaïne soient nettement plus bas que les chiffres comparables pour le cannabis, les niveaux de consommation chez les jeunes adultes peuvent dépasser la moyenne de la population. La prévalence au cours de la vie chez les jeunes de 15 à 34 ans s'échelonne de 1 à 11,6 %, les pourcentages les plus élevés étant ceux de l'Espagne (7,7 %) et du Royaume-Uni (11,6 %). La consommation récente varie de 0,2 à 4,6 %, le Danemark, l'Irlande, l'Italie et les Pays-Bas se situant tous aux alentours de 2 %, tandis que l'Espagne et le Royaume-Uni dépassent les 4 %.

La consommation de cocaïne est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. À titre d'exemple, les enquêtes réalisées au Danemark, en Allemagne, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ont conclu que, parmi les hommes âgés de 15 à 34 ans, la prévalence au cours de la vie se situait entre 5 et 13 %. Dans six pays, la consommation récente était supérieure à 3 %, l'Espagne et le Royaume-Uni faisant état de pourcentages de l'ordre de 6 à 7 % (voir graphique 10).

Parmi la population générale, la consommation de cocaïne est soit interrompue après une période d'expérimentation au début de l'âge adulte, soit occasionnelle, se produisant principalement le week-end et dans des lieux de divertissement (bars et discothèques). Toutefois, dans certains pays, certains modes de

consommation régulière ne sont pas négligeables. L'usage actuel (durant les trente derniers jours) est reconnu par 1,5 à 4 % des jeunes hommes (15 à 34 ans) en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans les zones urbaines, le niveau de consommation de cocaïne est probablement beaucoup plus élevé.

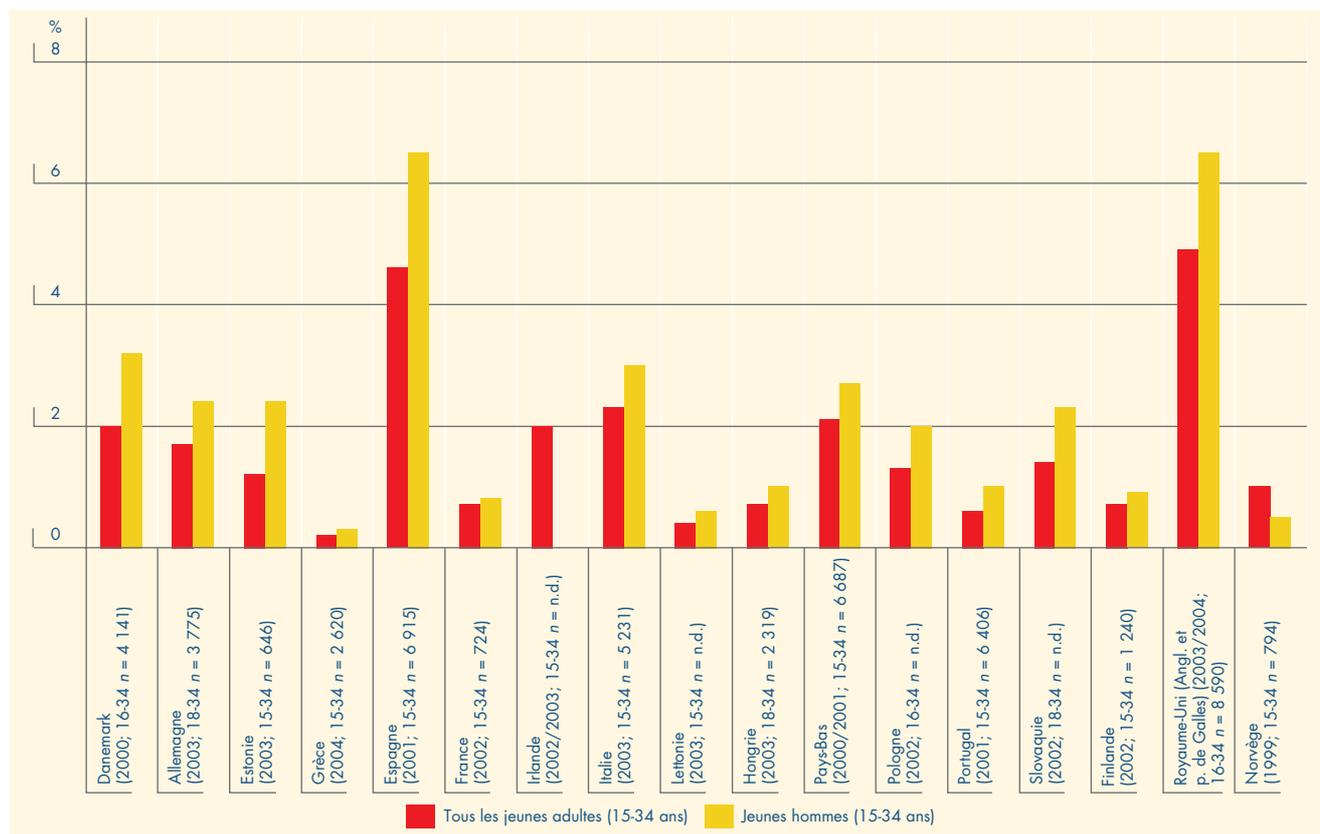
Dans une récente étude portant sur plusieurs villes, la grande majorité (95 %) des personnes définies comme des usagers socialement intégrés (recrutés dans des discothèques, des clubs ou par des contacts privés) ont sniffé de la cocaïne et seule une petite partie avait fumé ou s'était injecté la substance (prévalence au cours de la dernière année) (Prinzleve e.a., 2004).

Une estimation très grossière de l'usage récent (prévalence au cours de la dernière année) de cocaïne, en partant de l'hypothèse d'une prévalence moyenne d'environ 1 % de l'ensemble de la population adulte, donnerait un chiffre compris entre 3 et 3,5 millions de personnes en Europe. Le niveau de l'usage actuel est estimé en gros à près de 1,5 million de personnes⁽⁸⁹⁾.

À titre de comparaison en dehors de l'Europe, dans l'enquête nationale sur la santé et l'usage de drogue menée aux États-Unis en 2003 (Samhsa, 2003), 14,7 % des adultes (12 ans et plus) ont déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours de leur vie et 2,5 % ont reconnu avoir consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois⁽⁹⁰⁾. Pour les 18 à 25 ans, les chiffres se situaient à 15 % (au cours de la vie), 6,6 % (au cours des douze derniers mois) et à 2,2 % (au cours du dernier mois). Pour les hommes âgés de 18 à 25 ans, les chiffres étaient, respectivement, de 17,4, 8,2 et 2,9 %. Dans l'ensemble, la prévalence au cours de la vie de la consommation de cocaïne est plus élevée dans la population générale aux États-Unis que dans les pays d'Europe où la prévalence est la plus forte. Cependant, cette différence n'est pas aussi claire dans les études plus récentes sur l'usage de drogue, puisque certains pays européens font aujourd'hui état d'estimations supérieures aux chiffres américains.

⁽⁸⁹⁾ Ces estimations très grossières se fondent simplement sur les valeurs de prévalence se situant au milieu de la fourchette des taux de prévalence nationaux (voir tableau GPS-1 du bulletin statistique 2005). Il est à noter que plusieurs pays fortement peuplés (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) ont des taux de prévalence comparativement élevés, parfois plus que la fourchette utilisée pour le calcul.

⁽⁹⁰⁾ Il est à noter que la tranche d'âge de l'enquête américaine (12 ans et plus) est plus large que celle rapportée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15 à 64 ans). Par ailleurs, la tranche d'âge pour les jeunes adultes (18 à 25 ans) est plus étroite que celle utilisée dans la plupart des enquêtes européennes (15 à 24 ans).

Graphique 10 — Usage récent (dernière année) de cocaïne chez les jeunes adultes et les jeunes hommes, mesuré par les enquêtes nationales


NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles dans chaque pays (voir le tableau GPS-4 pour le groupe de 15 à 34 ans). Certains pays utilisent un groupe d'âge légèrement différent du groupe d'âge standard de l'OEDT pour les jeunes adultes. Les variations dans les tranches d'âge peuvent être à l'origine de disparités entre les pays.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

Tendances de l'usage de cocaïne

Les tendances européennes de l'usage de cocaïne, fondées sur des études de population, sont toujours difficiles à cerner (voir section sur les tendances de l'usage de cannabis). Cependant, plusieurs sources signalent des hausses de la consommation de cocaïne en Europe, dont des rapports locaux, des études ciblées menées dans des dancings, des rapports sur la hausse des indicateurs de saisies et certaines augmentations des indicateurs relatifs aux problèmes liés à la drogue (décès, urgences).

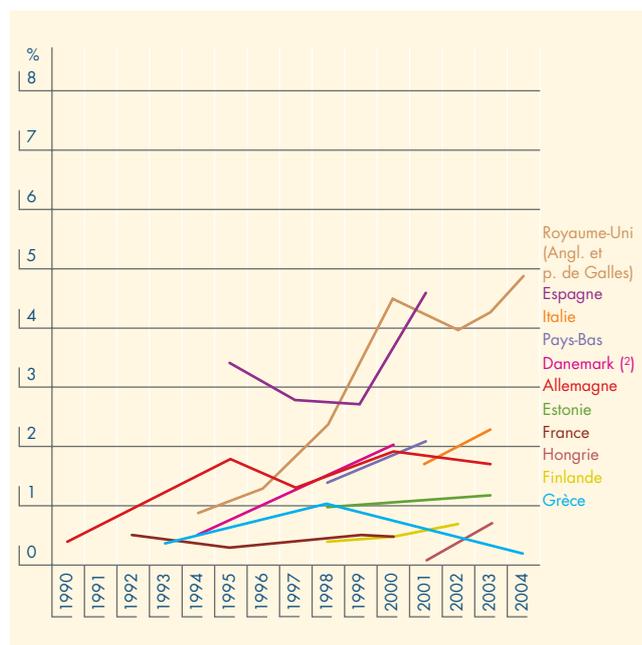
L'usage récent de cocaïne parmi les jeunes a fortement progressé au Royaume-Uni entre 1996 et 2000, mais s'est relativement stabilisé depuis, quoique des hausses modérées aient été observées ces dernières années. En Espagne, une hausse a été enregistrée entre 1999 et 2001 ^(p1). Des poussées moins marquées ont été relevées au Danemark, en Italie, en Hongrie, aux Pays-Bas et en Autriche (selon des enquêtes locales) et, en Allemagne, avec des fluctuations durant les années 90 (voir graphique 11).

Décès liés à la cocaïne

Les risques sanitaires liés à l'usage de cocaïne suscitent des inquiétudes croissantes, en particulier en raison de la tendance à la hausse de la consommation récréative que l'on observe dans plusieurs pays, en particulier dans les endroits fréquentés par les jeunes (discothèques, clubs). En dépit de la difficulté d'estimer le nombre de décès liés à la cocaïne, cette mesure peut servir d'indicateur précieux de l'augmentation du risque ou contribuer à identifier les modèles de consommation à risque. Bien que les décès soudains, pour lesquels de la cocaïne non associée à des opiacés a été décelée, semblent rares en Europe, il est probable que les statistiques actuelles n'enregistrent pas de manière adéquate les décès dus à la cocaïne. Les informations disponibles concernant les décès liés à la cocaïne sont limitées en Europe et sont rapportées sous différentes formes. La consommation de cocaïne est fréquente chez les usagers d'opiacés et il est courant de trouver des traces de cocaïne dans les analyses toxicologiques de personnes ayant eu une surdose d'opiacés, sans compter d'autres substances comme l'alcool et les benzodiazépines.

^(p1) Les informations transmises trop tard pour être reprises dans le rapport suggèrent une stabilisation dans les enquêtes de 2003 (prévalence au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes de 4,8 % contre 4,6 % en 2001).

Graphique 11 — Tendances de l'usage récent (dernière année) de cocaïne chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans), mesurées par les enquêtes de population ⁽¹⁾



⁽¹⁾ La taille des échantillons (personnes interrogées) pour la tranche d'âge de 15 à 34 ans pour chaque pays et année est présentée dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

⁽²⁾ Au Danemark, la valeur pour 1994 correspond aux «drogues dures».
 NB: Les données proviennent des enquêtes nationales disponibles dans chaque pays. Les chiffres et la méthodologie de chaque enquête peuvent être consultés dans le tableau GPS-4 du bulletin statistique 2005.

Pour les jeunes adultes, l'OECD utilise la tranche d'âge de 15 à 34 ans [le Danemark et le Royaume-Uni partent de 16 ans, l'Allemagne, l'Estonie (1998) et la Hongrie de 18 ans]. En France, la tranche d'âge était de 25 à 34 ans en 1992 et de 18 à 39 ans en 1995.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques. Voir également le tableau GPS-0 dans le bulletin statistique 2005.

Plusieurs pays ont fourni des informations sur les décès liés à la cocaïne en 2003 (rapports nationaux Reitox), parmi lesquels l'Allemagne (25 cas dus uniquement à la cocaïne et 93 dus à un mélange de cocaïne et d'autres drogues; en 2002, les chiffres correspondants étaient de 47 et 84 décès), la France (10 décès dus uniquement à la cocaïne et 1 cas de cocaïne associée à un médicament), la Grèce (2 décès dus à la cocaïne), la Hongrie (4 décès dus à une surdose de cocaïne), les Pays-Bas (17 décès liés à la cocaïne en 2003, avec une tendance à la hausse entre 1994 — 2 cas — et 2002 — 37 cas), l'Autriche (de la cocaïne a été décelée dans 30 % des décès liés à la drogue, mais 3 décès étaient dus uniquement à la cocaïne et 1 décès à la cocaïne associée à un gaz), le Portugal (de la cocaïne a été décelée dans 37 % des décès liés à la drogue) et le Royaume-Uni (les «mentions» de cocaïne dans les certificats de décès sont passées de 85 en 2000 à 115 en 2001 et à 171 en 2002, soit une multiplication

par huit entre 1993 et 2001). Dans son rapport national Reitox, l'Espagne indiquait qu'en 2001, de la cocaïne avait été décelée dans 54 % des décès liés à la drogue; dans 39 cas (8 % de tous les décès liés à la drogue), il n'y avait pas d'opiacés, 21 décès étant dus uniquement à la cocaïne et 5 au mélange cocaïne et alcool.

En dépit des informations limitées disponibles, la cocaïne semble avoir joué un rôle déterminant dans 1 à 15 % des décès liés à la drogue dans les pays qui ont été en mesure d'établir une différence entre les types de drogues ayant entraîné la mort, plusieurs pays (Allemagne, Espagne, France et Hongrie) faisant état de chiffres compris entre 8 et 12 % des décès liés à la drogue. Bien qu'il soit extrêmement difficile d'extrapoler ces résultats à l'ensemble de l'Europe, cela pourrait signifier plusieurs centaines de décès liés à la cocaïne par an à l'échelle de l'UE. Même si les chiffres sont largement inférieurs à ceux des décès provoqués par les opiacés, les décès liés à la cocaïne n'en demeurent pas moins un problème grave et qui risque de s'étendre. Dans les quelques pays où des tendances ont pu être dégagées, ces dernières semblent s'orienter à la hausse.

Par ailleurs, la cocaïne peut être un facteur supplémentaire de décès dû à des troubles cardiovasculaires (arythmies, infarctus du myocarde et hémorragies cérébrales; voir Ghuran et Nolan, 2000), en particulier chez les usagers qui présentent des prédispositions, et de nombreux décès peuvent ainsi passer inaperçus.

Données relatives aux demandes de traitement ⁽⁹²⁾

Après les opiacés et le cannabis, la cocaïne est la drogue la plus couramment déclarée comme principale substance consommée par les personnes qui entament un traitement pour usage de drogue et elle représente près de 10 % de l'ensemble des demandes de traitement dans l'UE. Cependant, ce chiffre global cache de grandes variations entre les pays. Dans la plupart des pays, les demandes de traitement pour consommation de cocaïne sont assez peu nombreuses, mais en Espagne et aux Pays-Bas, les patients qui demandent un traitement pour usage de cocaïne représentent, respectivement, 26 et 38 % de l'ensemble des patients ⁽⁹³⁾. Dans la plupart des pays, les pourcentages de nouveaux patients en demande de traitement pour consommation primaire de cocaïne sont plus élevés que pour l'ensemble des patients ⁽⁹⁴⁾. La cocaïne est également déclarée comme drogue secondaire par 13 % des nouveaux patients en demande de traitement dans des centres de soins ambulatoires ⁽⁹⁵⁾.

⁽⁹²⁾ L'analyse des données repose sur les patients en demande de traitement dans tous les centres de traitement pour la répartition générale et les tendances, et sur les centres de traitement ambulatoires pour les profils des patients et les modes de consommation.

⁽⁹³⁾ Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2005. Les données relatives à l'Espagne se rapportent à 2002.

⁽⁹⁴⁾ Voir tableau TDI-4 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

⁽⁹⁵⁾ Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2005.

De nombreux pays font état d'une hausse de l'usage de cocaïne chez les patients en demande de traitement. Entre 1996 et 2003, la proportion de nouveaux patients en demande de traitement pour usage de cocaïne est passée de 4,8 à 9,3 %, et le nombre de nouveaux patients en demande de traitement pour usage primaire de cocaïne est passé de 2 535 à 6 123. Aux Pays-Bas, en 2003, les nouveaux patients demandant un traitement pour usage de cocaïne ont dépassé pour la première fois les patients en demande de traitement pour usage d'opiacés. Il ressort d'une analyse des données relatives aux traitements réalisée à Londres en 1995-1996 et en 2000-2001 que le nombre des patients consommant de la cocaïne a plus que doublé (GLADA, 2004), même si le nombre de départ était peu élevé (735 à 1 917).

Ces données sont probablement influencées par un problème de crack (cocaïne base à fumer) de faible ampleur, mais qui se développe. Ce phénomène a été mentionné par les Pays-Bas et le Royaume-Uni, où le nombre de patients consommateurs de crack a augmenté ces dernières années. Bien que le nombre d'usagers de drogue à problème soit faible, ces derniers tendent à se concentrer dans quelques grandes zones urbaines et sont donc plus apparents dans les rapports fondés sur la surveillance des villes.

Les consommateurs de crack viennent généralement d'un milieu social différent de celui des usagers de cocaïne en poudre. Ils sont plus souvent issus d'un milieu socialement défavorisé, et certains signes donnent à penser que les minorités ethniques sont particulièrement exposées aux problèmes de crack. En effet, deux tiers des Noirs qui demandent un traitement à Londres sont des usagers primaires de crack (GLADA, 2004) et 30 % des patients consommateurs de crack aux Pays-Bas ne sont pas d'origine néerlandaise. En dépit des inquiétudes que suscite le crack, il convient de rappeler que, bien que cette drogue soit associée à des risques particuliers à la fois pour les personnes qui la consomment et pour les communautés dans lesquelles elles vivent, ce problème reste extrêmement localisé en Europe. Il y a lieu de noter que les patients consommateurs de crack sont pour la plupart signalés par deux pays: les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Dans l'ensemble, la plupart des demandes de traitement pour usage de cocaïne en Europe ne sont pas liées au crack. Environ 70 % des nouveaux patients consomment de l'hydrochlorure de cocaïne (poudre) (la plupart des cocaïnomanes sniffent la drogue) et les 30 % restants sont des consommateurs de crack. Environ 5 % des nouveaux patients déclarent s'injecter de la cocaïne.

Les nouveaux patients qui demandent un traitement pour consommation primaire de cocaïne sont essentiellement

des hommes (3,7 hommes pour 1 femme). La répartition entre les sexes varie selon les pays⁽⁹⁶⁾. Une étude qualitative menée en Italie auprès de patients demandant un traitement pour consommation de stimulants, essentiellement de la cocaïne, montre que les femmes sont presque aussi nombreuses que les hommes à en consommer, mais que le rapport homme/femme parmi les patients en demande de traitement pour usage de cocaïne et d'autres stimulants penche nettement en faveur des hommes (Macchia e.a., 2004).

Les nouveaux patients qui consomment de la cocaïne comme drogue primaire sont, en moyenne, plus âgés que les usagers d'autres drogues (âge moyen de 30 ans, la majorité se situant dans la tranche d'âge des 20 à 34 ans). Selon les rapports, un groupe plus réduit, quoiqu'important, de patients est constitué de personnes âgées de 35 à 39 ans⁽⁹⁷⁾.

La cocaïne est fréquemment utilisée avec une autre drogue subsidiaire, souvent le cannabis (40 % des cas) ou l'alcool (37 %). Des études locales menées auprès d'usagers qui s'injectent la drogue montrent que, dans certaines régions, l'injection d'une combinaison d'héroïne et de cocaïne (parfois appelée «speedballing» ou «cocktail») devient de plus en plus populaire. Si tel est effectivement le cas, cette constatation ne ressort pas des données globales sur les demandes de traitement de la plupart des pays, où seule une petite partie des patients déclare combiner héroïne et cocaïne. Ce n'est toutefois pas vrai dans tous les pays. Aux Pays-Bas, par exemple, une analyse des données relatives aux demandes de traitement pour les cocaïnomanes suggère que de nombreux usagers de cocaïne sont des polytoxicomanes et que le groupe le plus important se compose de patients qui consomment à la fois de la cocaïne et de l'héroïne (Mol e.a., 2002).

Traitement de l'usage problématique de cocaïne

Il n'existe pas de traitement pharmacologique bien établi pour la consommation problématique de cocaïne, comme il y en a pour les personnes souffrant de problèmes avec les opiacés. Des médicaments destinés à un soulagement systématique peuvent parfois être prescrits aux consommateurs de cocaïne, mais ils produisent généralement des effets de courte durée et tendent à réduire les problèmes liés à l'usage de cocaïne, comme l'anxiété ou les troubles du sommeil. Les options de traitement à plus long terme pour les cocaïnomanes sont généralement proposées dans le cadre de services utilisant des médicaments génériques. Toutefois, dans l'ensemble, les options de traitement pour les cocaïnomanes à problème semblent peu développées (Haasen, 2003). Les choses pourraient commencer à changer, étant donné que

⁽⁹⁶⁾ Voir tableau TDI-22 du bulletin statistique 2005 et *Differences in patterns of drug use between women and men* (Différences dans les schémas de consommation de drogue entre hommes et femmes) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Voir tableau TDI-10 (partie i) du bulletin statistique 2005.

certaines pays mettent au point de nouveaux traitements ciblant les cocaïnomanes, comme en témoigne la création de services spécifiques pour les consommateurs de crack en Angleterre (NTA, 2003).

La majeure partie de la littérature scientifique consacrée aux traitements des problèmes liés à la cocaïne est composée d'études américaines et ne reflète donc pas le contexte européen. Malheureusement, les évaluations du traitement de l'usage problématique de cocaïne demeurent rares dans l'UE, en partie parce que, historiquement, les centres de traitement rencontraient relativement peu de problèmes liés à la cocaïne. Un examen systématique de la littérature européenne sur le traitement de la dépendance à la cocaïne (Rigter e.a., 2004) a relevé que le respect du traitement par les cocaïnomanes à problème est généralement faible et que les taux de rechute sont élevés. Selon certains éléments, la psychothérapie pourrait aider à réduire la consommation, mais aucune preuve solide n'a été produite en ce qui concerne l'efficacité de l'acupuncture pour le traitement des problèmes liés à la cocaïne. Cependant, dans l'ensemble, ces conclusions doivent être examinées dans le contexte d'une absence pure et simple d'éléments solides au niveau européen permettant d'orienter les interventions thérapeutiques dans ce domaine. À titre d'exemple, on ignore même si des interventions spécifiquement axées sur la cocaïne sont plus efficaces que l'intégration des cocaïnomanes dans des programmes de traitement plus généraux et non spécifiques à cette drogue. Par ailleurs, la question reste posée de savoir s'il est possible de mettre au point un traitement pharmacologique pour les usagers de cocaïne à problème, qui soit susceptible de devenir l'«option de traitement standard», comme la méthadone et la buprénorphine le sont dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Il convient de souligner qu'il existe des différences importantes dans la manière dont les opiacés et les stimulants, tels que la cocaïne, agissent sur le corps, ce qui signifie que les options thérapeutiques pour traiter la toxicomanie seront probablement différentes. D'importants travaux sont actuellement menés aux États-Unis pour mettre au point des interventions qui bloqueraient temporairement l'effet de la cocaïne sur l'usager, et il sera intéressant de découvrir quels nouveaux traitements résulteront de ces recherches à l'avenir.

Réduction des risques pour la santé

Au cours des dernières années, des mesures destinées à prévenir et à réduire les risques pour la santé associés à la consommation de cocaïne et d'héroïne se sont multipliées à un rythme soutenu et de nouvelles informations sur la cocaïne et le crack ont été diffusées, notamment sur l'internet. En Belgique, en France et au Portugal, les services d'aide téléphonique ont reçu plus de demandes d'information sur la consommation de cocaïne et de crack

qu'auparavant, bien que le pourcentage d'appels demeure toujours largement inférieur à celui concernant les drogues licites et le cannabis. Le personnel travaillant dans les services de prévention de l'usage de drogue reçoit des formations sur la manière de réagir adéquatement aux problèmes liés à l'usage de cocaïne et de crack dans différents endroits où ce phénomène est récent (le week-end à Dublin ou durant les soirées techno à Vienne).

Des conseils spécialisés et des propositions de traitement destinés aux usagers de cocaïne et de crack existent dans les grands centres urbains, comme Francfort (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-jj.de), Barcelone (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Vienne (ChEck iTI: www.checkyourdrugs.at) et Londres (www.cracklondon.org.uk).

Saisies et informations relatives au marché ⁽⁹⁸⁾

Production et trafic

La Colombie est de loin le premier producteur mondial de coca illécite dans le monde, devant le Pérou et la Bolivie. La production mondiale de cocaïne a été estimée, en 2003, à 655 tonnes. La Colombie y a contribué à hauteur de 67 %, le Pérou de 24 % et la Bolivie de 9 % (CND, 2005). La plus grande partie de la cocaïne saisie en Europe provient directement d'Amérique du Sud (Colombie) ou transite par l'Amérique centrale et les Caraïbes. En 2003, le Brésil et le Venezuela, notamment, ont été classés comme pays de transit pour la cocaïne importée dans l'UE, avec l'Argentine, Curaçao et le Costa Rica (rapports nationaux Reitox, 2004; CND, 2005). Les autres régions de transit sont l'Afrique australe et occidentale (OICS, 2005). Les principaux points d'entrée dans l'UE sont toujours l'Espagne, les Pays-Bas et le Portugal (rapports nationaux Reitox, 2004; CND, 2005; OICS, 2005).

Saisies

Les données relatives aux saisies indiquent que la cocaïne se classe en troisième position parmi les drogues qui font l'objet d'un trafic dans le monde, après l'herbe et la résine de cannabis. En termes de volume saisi (490,5 tonnes dans le monde en 2003), le trafic de cocaïne se concentrait toujours dans les Amériques (82 %) et en Europe, en 2003. L'Europe représentait 17 % des quantités totales saisies dans le monde, soit une hausse par rapport à l'année précédente (CND, 2005). En Europe, la plupart des saisies ont lieu dans les pays occidentaux. Au cours des cinq dernières années, l'Espagne est invariablement demeurée le pays de l'UE enregistrant le nombre le plus élevé de saisies de cocaïne. En 2003, elle représentait plus de la moitié du total de

⁽⁹⁸⁾ Voir «Interprétation des données sur les saisies et le marché», p. 42.

l'UE, à la fois en termes de nombre de saisies et de quantités saisies ⁽⁹⁹⁾.

Au cours de la période 1998-2002, le nombre de saisies de cocaïne ⁽¹⁰⁰⁾ a augmenté dans tous les pays, à l'exception de l'Allemagne et du Portugal. Sur la même période, les quantités de cocaïne saisies dans l'UE ⁽¹⁰¹⁾ ont varié, même si la tendance est à la hausse. Cependant, si l'on se fonde sur les tendances enregistrées dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de saisies de cocaïne au niveau de l'UE paraît avoir diminué en 2003 (notamment en Espagne), tandis que les quantités saisies ont considérablement augmenté (en particulier en Espagne et aux Pays-Bas). Des saisies de quantités particulièrement importantes de cocaïne ont eu lieu dans l'UE en 2003.

Bien que certains pays de l'UE aient fait état de saisies de crack, il n'est pas toujours possible de les distinguer de celles de cocaïne. Par conséquent, les tendances relatives aux saisies de cocaïne mentionnées ci-dessus pourraient inclure le crack.

Prix et pureté

En 2003, le prix moyen au détail ⁽¹⁰²⁾ de la cocaïne variait sensiblement au sein de l'UE, allant de 34 euros le gramme en Espagne à 175 euros le gramme en Norvège.

Comparée à celle de l'héroïne, la pureté moyenne de la cocaïne au niveau du consommateur était élevée, s'échelonnant en 2003 entre 32 % en République tchèque et en Allemagne et 83 % en Pologne ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁹⁾ Cela devra être vérifié à la lumière des données manquantes pour 2003, lorsqu'elles seront disponibles. Les données sur le nombre de saisies de cocaïne en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, les Pays-Bas et la Roumanie. Les données sur le nombre de saisies de cocaïne et les quantités de cocaïne saisies n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni.

⁽¹⁰⁰⁾ Voir tableau SZR-5 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Voir tableau SZR-6 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁰²⁾ Voir tableau PPP-3 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁰³⁾ Voir tableau PPP-7 (partie i) du bulletin statistique 2005. Il est à noter que les estimations de la pureté moyenne de la cocaïne en République tchèque et en Pologne en 2003 se fondent sur un petit nombre d'échantillons ($n = 5$ et 6 , respectivement).



Chapitre 6

Héroïne et usage de drogue par injection

L'usage régulier et prolongé d'héroïne, l'injection de drogue et, dans certains pays, l'usage intensif de stimulants représentent une proportion considérable des décès liés à la drogue et des problèmes sociaux en Europe. Le nombre de personnes présentant ce type de comportement est faible par rapport à l'ensemble de la population, mais les conséquences de l'usage problématique de drogue sont considérables. Afin de mieux appréhender l'ampleur de ce problème et de permettre un suivi des tendances dans le temps, l'OEDT travaille avec les États membres à la redéfinition du concept d'«usage problématique de drogue» et à l'élaboration de stratégies destinées à mesurer à la fois son étendue et son impact.

Usage problématique de drogue

L'usage problématique de drogue est défini, du point de vue opérationnel, comme «l'usage de drogue par injection ou l'usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines»⁽¹⁰⁴⁾. En raison des variations dans les définitions et des incertitudes méthodologiques, l'obtention d'estimations fiables en la matière peut s'avérer problématique, et il convient d'être prudent lors de l'interprétation des différences entre les pays et dans le temps.

L'usage problématique de drogue peut être subdivisé entre plusieurs groupes importants. Une distinction générale peut être opérée entre la consommation d'héroïne, qui représente historiquement l'usage le plus problématique dans la plupart des pays de l'UE, et l'usage problématique de stimulants, qui prédomine en Finlande et en Suède, où la majorité des usagers de drogue à problème sont des consommateurs primaires d'amphétamine. De même, en République tchèque, les consommateurs de métamphétamine représentent traditionnellement une part importante des usagers de drogue à problème.

L'usage problématique de drogue se diversifie constamment. Ainsi, les problèmes de polytoxicomanie se multiplient progressivement dans la plupart des pays, tandis que certains pays, où les problèmes liés aux opiacés étaient historiquement prédominants, font aujourd'hui état de transition vers d'autres drogues. Selon les estimations, en Espagne, les usagers d'opiacés à problème sont moins nombreux et l'on observe une augmentation des problèmes liés à la consommation de

cocaïne. Toutefois, il n'existe pas de données fiables sur l'évolution dans le temps de l'usage problématique de drogue qui incluent la consommation problématique de cocaïne. L'Allemagne et les Pays-Bas enregistrent un nombre croissant de consommateurs de crack dans les populations d'usagers de drogue à problème, bien que l'estimation globale des usagers à problème aux Pays-Bas soit demeurée inchangée.

Prévalence

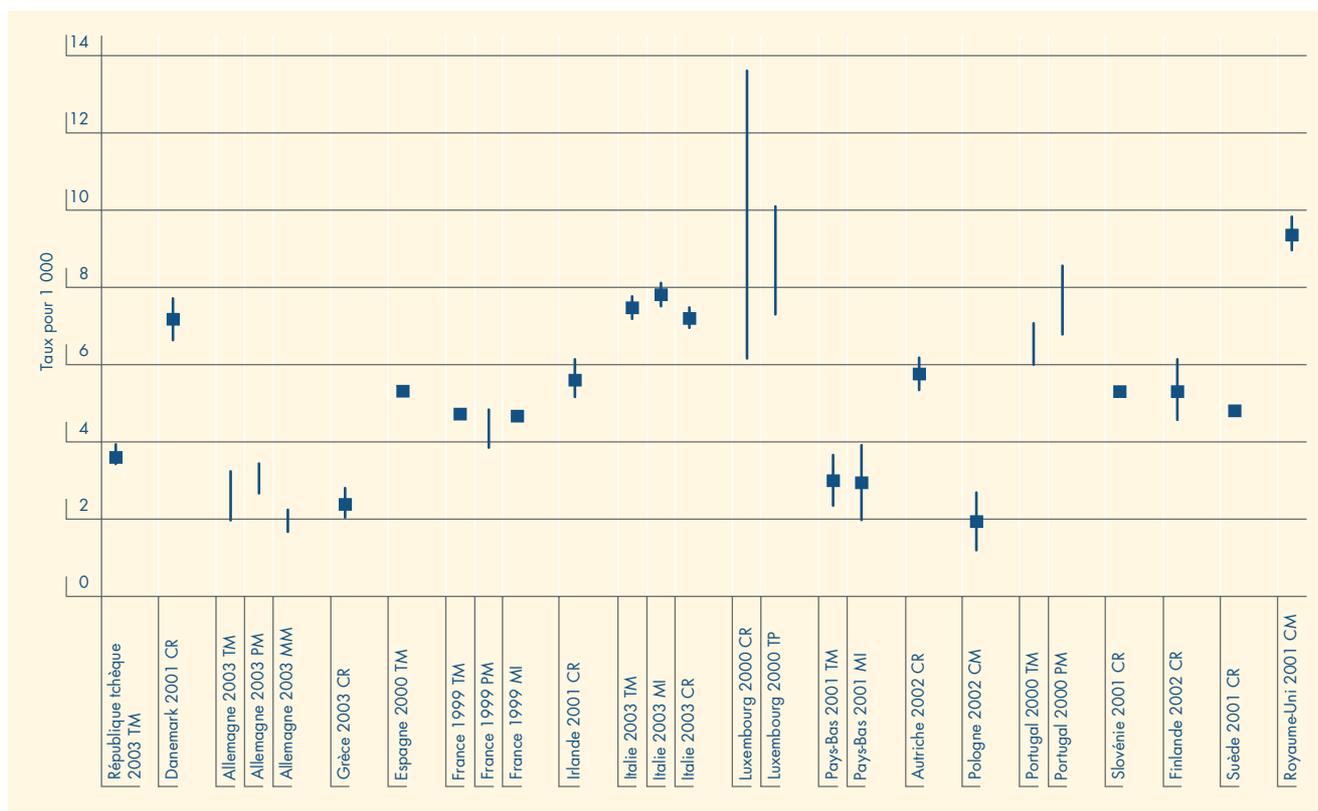
Les estimations de la prévalence de l'usage problématique de drogue à l'échelle nationale au cours de la période 1999-2003 sont comprises entre 2 et 10 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans (en retenant les points médians des estimations), soit jusqu'à 1 % de la population adulte⁽¹⁰⁵⁾. La prévalence semble varier sensiblement selon les pays, mais même lorsque des méthodes différentes ont été utilisées à l'intérieur d'un même pays, les résultats restent néanmoins cohérents. Les estimations les plus élevées ont été rapportées par le Danemark, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, l'Autriche, le Portugal et le Royaume-Uni (de 6 à 10 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans) et les plus basses concernent l'Allemagne, la Grèce, les Pays-Bas et la Pologne (moins de 4 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans) (voir graphique 12). Dans les nouveaux États membres de l'UE et les pays candidats, des estimations bien documentées ne sont disponibles que pour la République tchèque, la Pologne et la Slovaquie, où les chiffres se situent dans une fourchette inférieure à la moyenne, soit respectivement 3,6, 1,9 et 5,3 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Le taux moyen pondéré d'usage problématique de drogue dans l'UE se situe probablement entre 4 et 7 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, ce qui donne entre 1,2 et 2,1 millions d'usagers de drogue à problème dans l'UE, dont quelque 850 000 à 1,3 million sont des toxicomanes actifs qui s'injectent de la drogue. Toutefois, ces estimations sont loin d'être totalement fiables et devront être affinées à mesure que les nouveaux États membres transmettront leurs données.

Selon des estimations locales et régionales, la prévalence de l'usage problématique de drogue peut varier considérablement d'une ville à l'autre et d'une région à l'autre. Pour la période 1999-2003, les estimations locales les plus élevées en termes de prévalence proviennent

⁽¹⁰⁴⁾ Pour plus de détails, voir les notes méthodologiques sur l'usage problématique de drogue dans le bulletin statistique 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Voir tableau PDU-1 du bulletin statistique 2005.

Graphique 12 — Estimations de la prévalence de l'usage problématique de drogue au cours de la période 1999-2003 (taux pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: CR: capture-recapture; TM: multiplicateur de traitement; PM: multiplicateur de police; MI: indicateur multivarié; TP: loi de Poisson tronquée; CM: méthodes combinées. Pour plus de détails, voir les tableaux PDU-1, PDU-2 et PDU-3 dans le bulletin statistique 2005. Le symbole indique une estimation de pourcentage, et un trait indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité (voir tableau PDU-3). Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. L'estimation espagnole n'inclut pas l'usage problématique de cocaïne; une estimation supérieure figure dans les tableaux PDU-2 et PDU-3, qui tient compte de ce groupe, mais n'est peut-être pas aussi fiable.

Sources: Points focaux nationaux. Voir également OEDT (2003).

d'Irlande, du Portugal et du Royaume-Uni, avec des taux pour 1 000 habitants se situant à 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro) et 25 (certains quartiers de Londres) et atteignant même 29 (Dundee) et 34 (Glasgow) (voir graphique 13). Toutefois, la variabilité géographique est très marquée localement, avec une prévalence estimée à 6 pour 1 000 dans un autre quartier londonien. Cela indique qu'il convient d'améliorer la disponibilité des estimations fiables de prévalence locale dans de nombreux autres pays, où des taux de prévalence locale ou régionale particulièrement élevés (ou bas) peuvent exister, mais ne sont pas mesurés.

Bien que les techniques d'estimation se soient considérablement améliorées, l'absence de données historiques fiables et cohérentes complique l'évaluation des tendances de l'usage problématique de drogue. Des rapports de certains pays indiquant des modifications des estimations, soutenues par d'autres indicateurs, donnent à penser qu'il s'est produit une hausse de l'usage problématique de drogue depuis le milieu des années 90 (OEDT, 2004a); cependant, dans plusieurs pays, cette

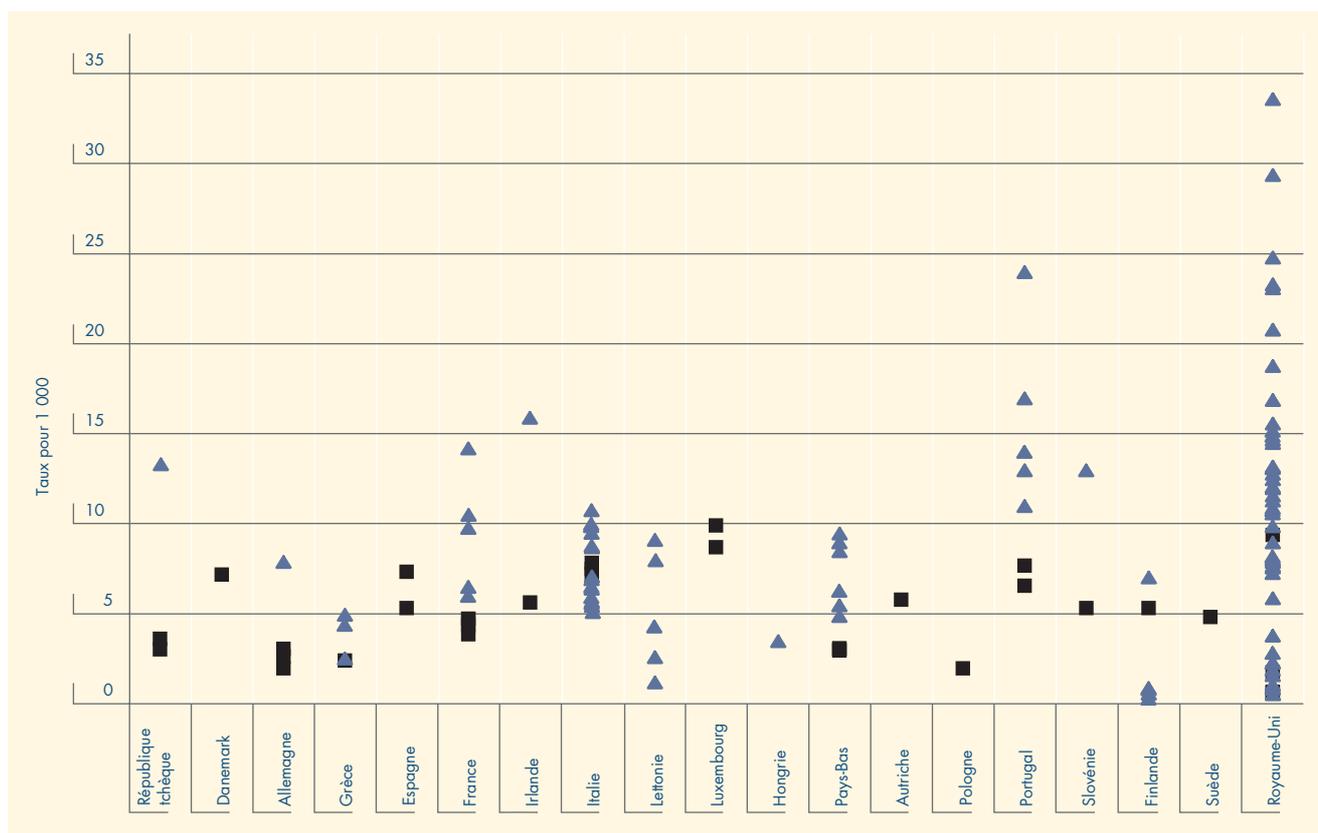
tendance semble s'être stabilisée ces dernières années. Des estimations répétées sont disponibles pour seize pays pour la période de 1999 à 2003 (en comptant le Danemark et la Suède, qui disposent de données pour 1998 à 2001, et le Royaume-Uni avec des données couvrant 1996 à 2001). Sur ces seize pays, six (Danemark, Autriche, Finlande, Suède, Royaume-Uni et Norvège) enregistrent une hausse des estimations de l'usage problématique de drogue, cinq (République tchèque, Allemagne, Grèce, Irlande et Slovénie) font état d'une stabilité, voire d'une décroissance de la prévalence, et cinq autres (Espagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas et Portugal) déclarent des tendances différentes en fonction de la méthode d'estimation utilisée, qui peut en partie concerner des groupes cibles différents parmi les usagers de drogue à problème ⁽¹⁰⁶⁾.

Injection de drogue

Les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) sont très exposés au risque d'effets indésirables. Il est par

⁽¹⁰⁶⁾ Voir graphique PDU-4 du bulletin statistique 2005.

Graphique 13 — Estimations nationales et locales de la prévalence de l’usage problématique de drogue pour la période 1999-2003 (taux pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB : Carrés noirs = échantillons ayant une couverture nationale; triangles bleus = échantillons ayant une couverture locale ou régionale. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Pour plus de détails, voir les tableaux PDU-1, PDU-2 et PDU-3 dans le bulletin statistique 2005. Le modèle des estimations de prévalence locale dépend, dans une large mesure, de la disponibilité et de la localisation des études; toutefois, lorsqu'elles sont disponibles, les estimations locales peuvent suggérer que la prévalence est différente de la moyenne nationale dans certaines villes ou régions.

Sources: Points focaux nationaux. Voir également OEDT (2003).

conséquent important d’examiner séparément l’usage de drogue par injection en tant que catégorie principale de l’usage problématique de drogue.

En dépit de son importance pour la santé publique, seuls quelques pays fournissent des estimations nationales ou locales sur l’usage de drogue par injection. Les estimations nationales disponibles varient entre 1 et 6 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, ce qui suggère des différences importantes entre les pays en termes de prévalence de l’usage de drogue par voie intraveineuse ⁽¹⁰⁷⁾. Le Luxembourg enregistre les estimations nationales les plus élevées d’usage de drogue par voie intraveineuse, avec environ 6 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, tandis que la Grèce rapporte l’estimation la plus basse, avec un peu plus de 1 cas pour 1 000 habitants. Bien que les estimations de prévalence de l’usage de drogue par injection soient rares, certains signes font apparaître une progression de la prévalence en Norvège depuis 1999, tandis qu’au

Portugal, des méthodes d’estimation différentes montrent des tendances différentes ⁽¹⁰⁸⁾.

Une analyse des pourcentages d’usage de drogue par voie intraveineuse chez les héroïnomanes en traitement montre des différences marquées en termes de pourcentage entre les pays ainsi qu’une évolution des tendances dans le temps ⁽¹⁰⁹⁾. Dans certains pays (Espagne, Pays-Bas et Portugal), une proportion relativement faible des héroïnomanes s’injecte la drogue, tandis que, dans la plupart des autres pays, l’injection d’héroïne est toujours la plus répandue. Dans certains pays membres de longue date de l’UE pour lesquels des données sont disponibles (Danemark, Grèce, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni), les pourcentages d’héroïnomanes en traitement qui s’injectent la drogue ont diminué. Toutefois, dans la plupart des nouveaux États membres, à tout le moins ceux pour lesquels des données existent, pratiquement tous les héroïnomanes en traitement s’injectent leur drogue.

⁽¹⁰⁷⁾ Voir graphique PDU-2 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Voir graphique PDU-5 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Voir graphique PDU-3 du bulletin statistique 2005.

Données relatives aux demandes de traitement

Sur l'ensemble des demandes de traitement, 60 % concernent un traitement pour usage d'opiacés, bien que, souvent, la drogue primaire ne soit pas mentionnée, et plus de la moitié (54 %) des patients usagers d'opiacés sont connus comme des usagers de drogue par voie intraveineuse, alors que, dans 10 % des cas, on ignore comment ils consomment leur drogue. Environ 10 % des nouveaux patients déclarent les opiacés comme drogue secondaire ⁽¹¹⁰⁾.

Dans de nombreux pays, les opiacés (essentiellement l'héroïne) restent la drogue principale consommée par les patients en demande de traitement, mais des différences importantes se dégagent entre les pays. En classant les États membres de l'UE et les pays candidats en trois grands groupes en fonction du nombre d'usagers d'héroïne dans la population en traitement, on obtient le schéma suivant:

- moins de 40 %: République tchèque, Pays-Bas, Pologne, Finlande et Suède;
- entre 50 et 70 %: Danemark, Allemagne, Espagne, Irlande, Chypre, Lettonie, Slovaquie et Roumanie;
- plus de 70 %: France, Grèce, Italie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Slovénie, Royaume-Uni et Bulgarie ⁽¹¹¹⁾.

La prévalence des patients consommateurs d'opiacés qui suivent un traitement pendant de nombreuses années est en baisse, tandis que l'incidence des nouvelles demandes de traitement pour usage d'opiacés recule (rapports nationaux Reitox, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Dans certains pays, l'évolution de la consommation d'héroïne chez les nouveaux patients en traitement peut être étudiée de 1996 à 2003, et l'on observe une diminution globale du nombre de demandes de traitement en chiffres absolus.

La part relative des traitements pour usage d'opiacés par rapport à la taille de la population des nouveaux patients a enregistré un recul plus marqué en raison de l'augmentation du nombre de patients déclarés ayant des problèmes essentiellement liés à d'autres drogues. Cela pourrait être la conséquence du passage de l'héroïne à la cocaïne chez certains patients consommateurs d'opiacés (Ouweland e.a., 2004), d'une différenciation du système de traitement, qui est devenu plus accessible pour d'autres usagers de drogue à problème, ou de la baisse du recrutement de nouveaux usagers de drogue à problème (rapport national néerlandais).

Au cours des dix dernières années, cette tendance s'est différenciée selon les pays, le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Finlande enregistrant une forte baisse des patients héroïnomanes, alors que le Royaume-Uni et la Bulgarie connaissent une légère hausse ⁽¹¹²⁾.

L'analyse des données relatives aux nouveaux patients fréquentant des centres de soins ambulatoires permet de décrire avec plus de précision le profil des usagers d'opiacés. On compte 2,8 hommes pour 1 femme demandant un nouveau traitement pour usage primaire d'opiacés. Cependant, la proportion entre les sexes varie considérablement selon les pays, de 5 pour 1 à 2 pour 1, à l'exception de Chypre, où le rapport homme/femme est très élevé (11 pour 1) et de la Suède, où il est très bas (0,9 pour 1) et où les femmes consommatrices d'opiacés sont plus nombreuses que les hommes ⁽¹¹³⁾.

La majorité des usagers d'opiacés sont âgés de 20 à 34 ans et, dans le groupe des 30 à 39 ans, plus de la moitié des patients demandent un traitement pour usage d'opiacés. On observe une tendance au vieillissement des patients consommateurs d'opiacés. Aux Pays-Bas, par exemple, près de 40 % des nouveaux patients consommateurs d'opiacés ont plus de 40 ans. Les exceptions sont la Slovénie et la Roumanie, où l'on trouve une population très jeune (15 à 19 ans) de patients consommateurs d'opiacés ⁽¹¹⁴⁾.

La plupart des patients traités pour usage d'opiacés déclarent en avoir consommé pour la première fois lorsqu'ils avaient entre 15 et 24 ans, près de 50 % en ayant consommé pour la première fois avant l'âge de 20 ans ⁽¹¹⁵⁾. Lorsque l'on compare l'âge de la première consommation avec l'âge du premier traitement, l'intervalle entre la première consommation et la première demande de traitement est généralement compris entre 5 et 10 ans. Un âge précoce lors du début de l'usage d'opiacés est souvent associé à divers problèmes comportementaux et à un dénuement social (rapport national britannique).

Dans la plupart des pays, entre 60 et 90 % des patients consommateurs d'opiacés en prennent quotidiennement, tandis que certains patients n'ont pas pris d'opiacés au cours du dernier mois ou n'en ont consommé qu'occasionnellement. Cela s'explique probablement par le fait que les patients cessent de prendre de la drogue avant d'entamer un traitement ⁽¹¹⁶⁾.

40 % des patients s'injectent la drogue et 40 % la fument ou l'inhalent. Le mode de consommation varie entre les anciens et les nouveaux États membres ⁽¹¹⁷⁾ (voir graphique 14), la proportion d'usagers d'opiacés par

⁽¹¹⁰⁾ Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2005.

⁽¹¹¹⁾ Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

⁽¹¹²⁾ Voir tableau TDI-3 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹¹³⁾ Voir tableau TDI-22 du bulletin statistique 2005.

⁽¹¹⁴⁾ Voir tableau TDI-10 (partie iii) du bulletin statistique 2005.

⁽¹¹⁵⁾ Voir tableau TDI-11 (partie ii) du bulletin statistique 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Voir tableau TDI-18 (partie i) du bulletin statistique 2005. Seule l'Allemagne recense 70 % de nouveaux patients consommateurs occasionnels d'opiacés ou n'en ayant pas pris au cours du dernier mois.

⁽¹¹⁷⁾ Uniquement les pays pour lesquels des données étaient disponibles.

Graphique 14 — Nouveaux patients ambulatoires consommant des opiacés par voie intraveineuse en pourcentage du nombre total de nouveaux patients consommateurs d’opiacés par pays, 2003



NB: Seuls les pays dans lesquels on recense des patients consommant des opiacés comme drogue primaire et/ou des pays fournissant des données sont repris.
 Source: Rapports nationaux Reitox (2004).

injection étant supérieure à 60 % dans les nouveaux États membres et inférieure à ce pourcentage dans les anciens États membres (à l’exception de la Finlande, où la proportion d’usagers d’opiacés par voie intraveineuse parmi les patients s’élève à 78,4 %). La proportion d’usagers d’opiacés par voie intraveineuse est la plus basse aux Pays-Bas (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

De nombreux nouveaux patients consomment des opiacés en association avec une autre drogue, souvent du cannabis (47 %) ou de l’alcool (24 %). On observe toutefois des différences importantes entre les pays. Ainsi, en République tchèque et en Slovaquie, près de la moitié des patients consomment des opiacés et des stimulants autres que de la cocaïne, tandis qu’en Grèce et à Malte, respectivement 18 et 29 % des patients prennent des opiacés avec de la cocaïne comme drogue secondaire. En Finlande, parmi les usagers d’opiacés (essentiellement des consommateurs de buprénorphine), 37 % déclarent consommer des hypnotiques et des sédatifs (essentiellement des benzodiazépines) comme drogues secondaires ⁽¹¹⁹⁾.

Maladies infectieuses liées à la drogue

VIH et sida

Tendances récentes des cas déclarés de VIH

Le VIH est une épidémie qui se propage rapidement parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) dans les nouveaux États membres de l’UE de la région balte, après des épidémies massives en Europe orientale (EuroHIV, 2004) (voir encadré «VIH et sida en Europe orientale»). Le nombre de cas nouvellement diagnostiqués a atteint des niveaux records en Estonie et en Lettonie en 2001 et en Lituanie en 2002 mais, plus récemment, les pourcentages ont chuté de manière spectaculaire. Ce schéma est typique des épidémies de VIH parmi les UDVI. Cela s’explique par le fait que le noyau des UDVI les plus exposés sont tous infectés en un court laps de temps. Par la suite, l’incidence chute en raison de l’absence d’UDVI vulnérables et se stabilise ensuite à un niveau qui dépend du taux de recrutement de nouveaux usagers à risque élevé. Toutefois, on ne saurait exclure l’effet supplémentaire d’un changement de comportement et, s’il est avéré, il pourrait en partie être le résultat d’interventions spécifiques (voir «Prévention des maladies infectieuses liées à la drogue», p. 71).

Dans l’EU-15, le nombre de cas de VIH nouvellement diagnostiqués est resté faible ces dernières années, hormis au Portugal. Cependant, les comparaisons à l’échelle de l’UE sont incomplètes étant donné que les données relatives aux déclarations de cas de VIH ne sont toujours pas disponibles (Espagne et Italie) ou commencent seulement à l’être (France) pour certains des pays les plus touchés par le sida. Le Portugal a enregistré un taux très élevé de cas par million d’habitants en 2003, mais également une chute sensible depuis 2000 (où le chiffre était de 245 cas par million d’habitants). Ce recul doit être interprété avec prudence étant donné que la transmission de données européennes n’a été introduite qu’en 2000 au Portugal.

Séroprévalence du VIH

Les données relatives à la séroprévalence chez les UDVI (pourcentage de personnes infectées dans des échantillons d’UDVI) sont un complément important des données relatives au signalement de cas de VIH. Des études répétées sur la séroprévalence et le suivi de routine des données provenant des tests de diagnostic peuvent valider des tendances du signalement de cas et fournir des informations plus détaillées sur des régions et des lieux spécifiques. Cependant, les données relatives à la prévalence émanent de diverses sources qui, dans certains cas, peuvent être difficiles à comparer. Elles doivent donc être interprétées avec prudence.

Les hausses récemment enregistrées dans le nombre de cas de VIH déclarés sont, pour la plupart, confirmées par les

⁽¹¹⁸⁾ Voir tableau TDI-17 (partie i) du bulletin statistique 2005.

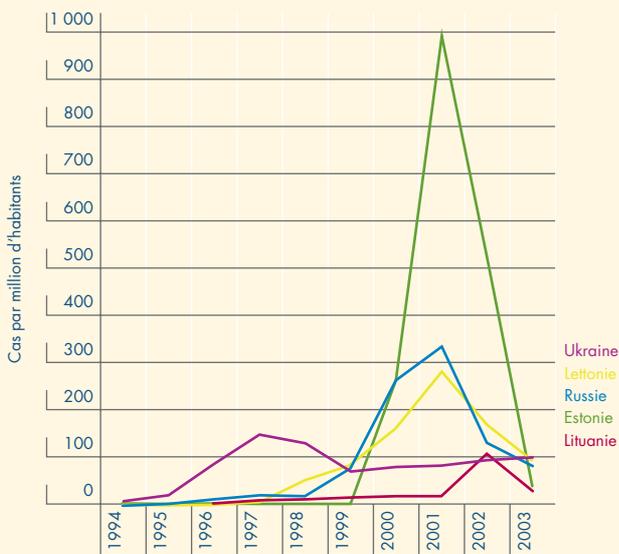
⁽¹¹⁹⁾ Voir tableau TDI-25 (partie ii) du bulletin statistique 2005. Voir également la question particulière sur la buprénorphine. Chaque patient peut déclarer la consommation d’au plus quatre drogues secondaires.

VIH et sida en Europe orientale

Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) a provoqué récemment une épidémie massive parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) en Russie et en Ukraine tout comme dans les pays baltes membres de l'UE. En 2001, le taux d'infections nouvellement diagnostiquées liées à l'usage de drogue par injection a atteint un niveau record en Estonie et dans la Fédération de Russie, avec respectivement 991 et 333 cas par million d'habitants. En Ukraine, le pic a toutefois été atteint en 1997, avec 146 cas par million d'habitant en raison d'une transmission étendue due à l'usage de drogue par injection. Par la suite, les pourcentages de nouveaux cas de VIH diagnostiqués liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse ont baissé, avant de remonter plus récemment.

L'incidence du sida parmi les UDVI augmente rapidement en Lettonie et en Ukraine, ce qui donne à penser que l'accès au traitement antiviral et la couverture du traitement sont probablement insuffisants (voir «Thérapie antirétrovirale très active dans la région Europe de l'OMS», p. 69).

Infections par le VIH nouvellement diagnostiquées chez des UDVI dans certains pays de l'Union européenne, en Russie et en Ukraine, par année de rapport



Source: Centre européen de surveillance épidémiologique du sida (EuroHIV) (2004).

données disponibles sur la séroprévalence. En Lettonie, par exemple, la prévalence dans les échantillons nationaux d'UDVI testés en traitement est passée de 1,5 % (5 sur 336) en 1997 à 14 % (302 sur 2 203) en 2001 et

est ensuite tombée à 7 % (65 sur 987) en 2003. En Autriche, où aucune donnée sur le signalement de cas de VIH chez les UDVI n'est disponible, la prévalence de VIH dans les échantillons nationaux de décès (directement) liés à la drogue tend à suggérer une certaine hausse, de 1 % (1 sur 117) en 1998 à 7 % (11 sur 163) en 2003, mais les chiffres sont peu élevés et la tendance n'est pas statistiquement significative.

En 2002 et 2003, la prévalence du VIH chez les UDVI, surtout ceux en cours de traitement, variait considérablement à l'intérieur des pays et entre ceux-ci, allant de 0 % en Hongrie, en Slovaquie, en Bulgarie à un maximum de 37,5 % (54 sur 144) dans une ville d'Italie (2003, Bolzano — usagers en traitement et prisons) ⁽¹²⁰⁾. Les taux de prévalence les plus élevés (plus de 10 % en 2002-2003) ont été enregistrés dans les échantillons nationaux en Italie, en Lettonie et au Portugal ⁽¹²¹⁾; en Espagne, les données de 2001 font apparaître une prévalence très élevée, mais aucune donnée plus récente n'est disponible ⁽¹²²⁾. Dans les échantillons régionaux et locaux, les taux de prévalence les plus élevés (plus de 20 % en 2002-2003) ont été observés en Espagne, en Italie, en Lettonie et en Pologne ⁽¹²³⁾, bien qu'aucune donnée récente n'ait été fournie par certains pays et régions où la prévalence était élevée au cours des années précédentes. En Lettonie et en Pologne, des études locales suggèrent une transmission récente du VIH, sur la base d'une prévalence très forte chez les jeunes UDVI ⁽¹²⁴⁾. En ce qui concerne l'étude polonaise, cette transmission récente est confirmée par une prévalence de 23 % dans un échantillon de 127 nouveaux usagers par voie intraveineuse ⁽¹²⁵⁾.

L'évolution de la prévalence dans le temps diffère également selon les pays. Bien que des foyers se soient récemment déclarés dans la région balte, les données sur la séroprévalence du VIH dans les échantillons d'UDVI font apparaître une baisse depuis le milieu des années 90 dans quelques-uns des pays les plus touchés (Espagne, France et Italie), suivie par une stabilisation au cours des dernières années ⁽¹²⁶⁾. Toutefois, si la séroprévalence est élevée et stable, la transmission va probablement se poursuivre. Les données relatives aux nouveaux UDVI donnent à penser que la transmission s'est poursuivie et s'est même accrue en Espagne entre 1999 et 2000. Dans quelques autres pays (France en 2001-2003 et Portugal en 1999-2000), les données locales et régionales sur les nouveaux jeunes UDVI suggèrent une transmission (accrue), mais la taille des échantillons est trop réduite pour que les tendances soient statistiquement significatives ⁽¹²⁷⁾. Par ailleurs, il est à noter que, dans plusieurs pays, la prévalence du VIH chez les UDVI est restée très faible en 2002 et 2003. La prévalence du VIH était inférieure à 1 % en République

⁽¹²⁰⁾ Voir graphique INF-3 du bulletin statistique 2005.

⁽¹²¹⁾ Les données pour l'Italie et le Portugal ne se limitent pas aux UDVI et peuvent donc sous-estimer la prévalence au sein de ce groupe.

⁽¹²²⁾ Voir tableaux INF-1 et INF-8 du bulletin statistique 2005.

⁽¹²³⁾ Voir tableau INF-8 du bulletin statistique 2005.

⁽¹²⁴⁾ UDVI âgés de moins de 25 ans: 33 % infectés sur 55 jeunes UDVI en Pologne et 20 % sur 107 jeunes UDVI en Lettonie.

⁽¹²⁵⁾ Voir tableau INF-10 et graphiques INF-4 et INF-5 du bulletin statistique 2005.

⁽¹²⁶⁾ Voir graphique INF-16 du bulletin statistique 2005.

⁽¹²⁷⁾ Voir graphiques INF-26 et INF-27 du bulletin statistique 2005.

tchèque, en Grèce (données nationales), en Hongrie, en Slovaquie, en Finlande, en Roumanie (données ne concernant que 2001), en Bulgarie et en Norvège (données concernant Oslo). Dans certains de ces pays, comme la Hongrie, la prévalence du VIH et la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) sont parmi les plus faibles de l'UE, ce qui suggère que le risque lié à l'injection de drogue est faible (voir section «Hépatites B et C» ci-après).

Incidence du sida

En Lettonie, on estime que l'incidence du sida lié à l'usage de drogue par voie intraveineuse est passée de 0 cas en 1997 à 19 cas par million d'habitants en 2002 et en 2003 ⁽¹²⁸⁾. Toutefois, le pays de l'UE qui enregistre l'incidence la plus élevée demeure le Portugal avec 33 cas par million d'habitants, bien que ce chiffre diminue depuis 1999. L'incidence du sida dû à l'usage de drogue par voie intraveineuse a atteint des niveaux records dans l'UE au début des années 90 pour diminuer ensuite. Le pays le plus touché était l'Espagne, où l'incidence a culminé à 124 cas par million d'habitants en 1994, mais ce nombre était descendu à 16 cas par million d'habitants en 2003, selon les estimations.

Le recul de l'incidence du sida à la fin des années 90 est le résultat de l'introduction d'une thérapie antirétrovirale très active (HAART) en 1996, qui empêche le développement du sida chez les personnes infectées par le VIH (voir encadré sur la thérapie antirétrovirale très active). Dans le cas des usagers de drogue par voie intraveineuse, les mesures de prévention contre le VIH ont peut-être aussi joué un rôle important et, dans certains

Thérapie antirétrovirale très active dans la région Europe de l'OMS

Les estimations de l'OMS sur la couverture de la thérapie antirétrovirale très active (HAART) suggèrent que, dans l'UE et la majeure partie de l'Europe centrale, plus de 75 % des personnes nécessitant un traitement ont accès au traitement HAART.

Toutefois, dans les États baltes, la couverture est jugée «faible» en Estonie et en Lituanie (25 à 50 %) et «très faible» en Lettonie (moins de 25 %). La couverture est également jugée «très faible» dans la plupart des pays d'Europe orientale.

Aucune estimation de couverture spécifique aux UDVI n'est disponible, mais des études ont montré que les UDVI sont souvent plus exposés au risque d'un accès inadéquat au traitement HAART que des personnes infectées par d'autres modes de transmission.

Source: Bureau régional de l'Europe de l'OMS, base de données «Santé pour tous» (www.euro.who.int/hfad) (accès le 8 mars 2005).

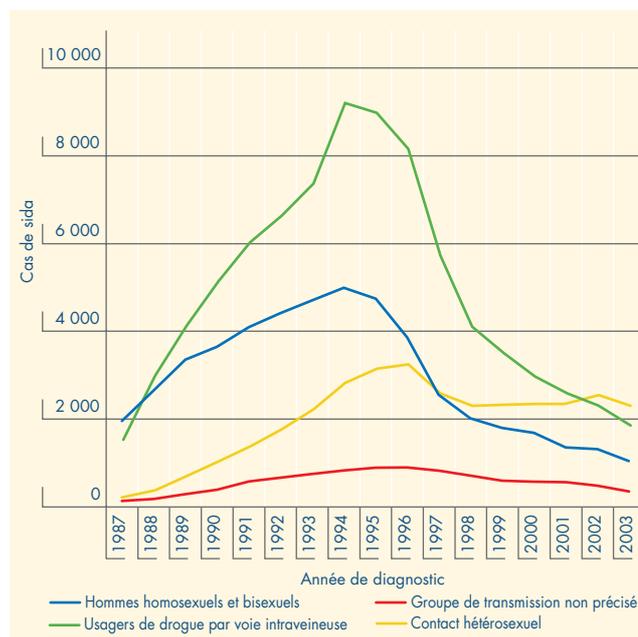
pays, la diminution du nombre d'usagers qui s'injectent la drogue peut également avoir eu une influence (voir «Injection de drogue», p. 64).

Les données annuelles sur l'incidence font apparaître que, jusqu'en 2002, la majeure partie des nouveaux cas de sida dans l'UE était due à l'usage de drogue par voie intraveineuse. Par la suite, les rapports hétérosexuels sont devenus le premier mode de transmission, ce qui reflète des changements dans l'épidémiologie du VIH par rapport aux années précédentes (voir graphique 15). Il convient de relever, toutefois, que les modes d'infection peuvent varier sensiblement d'un pays à l'autre ⁽¹²⁹⁾.

Hépatites B et C

La prévalence d'anticorps contre le virus de l'hépatite C (VHC) chez les UDVI est en général extrêmement élevée, bien que la situation varie grandement à l'intérieur même des pays et entre ceux-ci ⁽¹³⁰⁾. Parmi les échantillons d'UDVI étudiés, la Belgique, l'Estonie, la Grèce, l'Italie, la Pologne, le Portugal et la Norvège ont déclaré des taux de prévalence supérieurs à 60 % en 2002 et 2003, tandis que des échantillons avec une prévalence inférieure à 40 % sont observés en Belgique, en République tchèque, en Grèce, en Hongrie, en Autriche, en Slovaquie, en

Graphique 15 — Cas de sida par groupe de transmission et par année de diagnostic (1987-2003), corrigés pour tenir compte des retards de signalement, UE



NB: Les données sont fournies pour les trois principaux groupes de transmission et pour les cas où le groupe de transmission n'est pas mentionné. La France, les Pays-Bas (données non disponibles pour l'ensemble de la période) et Chypre (pas de données disponibles) ne sont pas inclus. Source: EuroHIV; données transmises au 31 décembre 2003.

⁽¹²⁸⁾ Voir graphique INF-1 du bulletin statistique 2005.

⁽¹²⁹⁾ Voir graphique INF-2 du bulletin statistique 2005.

⁽¹³⁰⁾ Voir tableaux INF-2 et INF-11 du bulletin statistique 2005.

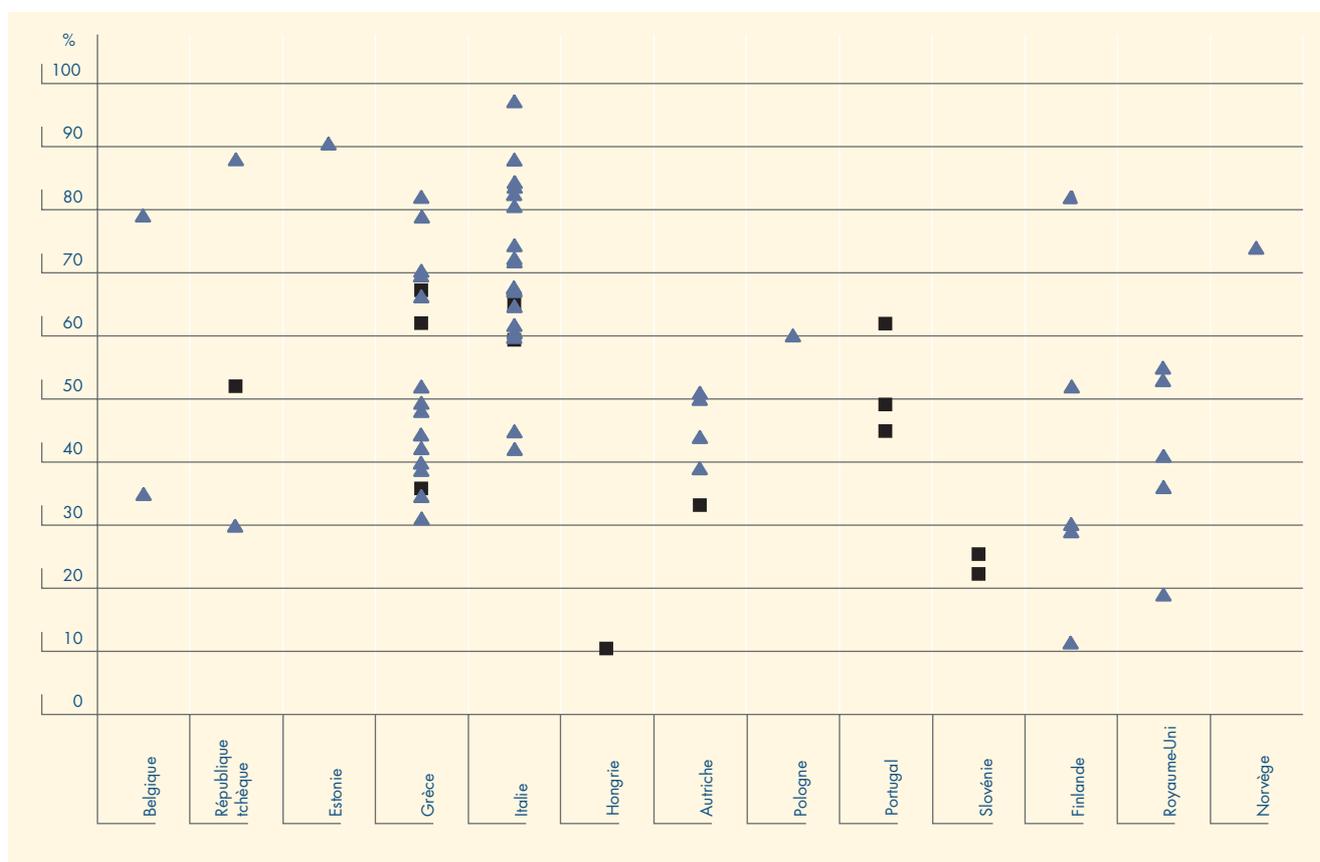
Slovaquie, en Finlande et au Royaume-Uni (voir graphique 16) ⁽¹³¹⁾.

Des données sur la prévalence chez les jeunes UDVI (moins de 25 ans) ne sont disponibles que dans quelques rares pays, et, dans certains cas, la taille des échantillons est réduite. Lorsque des données sont disponibles pour la période 2002-2003, les taux de prévalence les plus élevés chez les jeunes UDVI (plus de 40 %) sont observés dans des échantillons grecs, autrichiens et polonais, et la prévalence la plus basse (moins de 20 %) apparaît dans des échantillons de Hongrie, de Slovénie, de Finlande et du Royaume-Uni ⁽¹³²⁾. Les données sur la prévalence du VHC chez les nouveaux usagers par voie intraveineuse (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans) sont encore plus rares, mais les informations disponibles pour la période 2002-2003 montrent que la prévalence la

plus élevée (plus de 40 %) est observée dans des échantillons de Belgique et de Pologne, et la prévalence la plus basse (moins de 20 %) dans des échantillons de République tchèque, de Grèce et de Slovénie ⁽¹³³⁾. Les données de signalement de l'hépatite C couvrant la période 1992-2003 donnent à penser que, dans les pays qui fournissent des données, les UDVI représentent la grande majorité des cas signalés d'hépatite C (les signalements se limitent essentiellement aux cas diagnostiqués d'infection aiguë) (voir graphique 17).

La prévalence du marqueur du virus de l'hépatite B (VHB) varie également fortement tant à l'intérieur même des pays qu'entre ceux-ci ⁽¹³⁴⁾. Les données les plus complètes concernent l'anti-HBC, qui indique des antécédents d'infection et, pour ceux dont le test est négatif, le potentiel de vaccination. En 2002-2003, des échantillons d'UDVI

Graphique 16 — Estimations nationales et locales de la prévalence du virus de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse, 2002-2003



NB: Carrés noirs = échantillons ayant une couverture nationale; triangles bleus = échantillons ayant une couverture locale ou régionale. Il convient d'interpréter avec prudence les différences apparaissant entre les pays en raison des différents types de paramètres et/ou de méthodes d'analyse; les stratégies nationales en matière d'échantillonnage varient également.

Les données pour l'Espagne et le Portugal et certaines données relatives à la République tchèque incluent des usagers de drogue autres que par voie intraveineuse et peuvent donc sous-estimer la prévalence parmi les UDVI (dans les échantillons, le pourcentage d'usagers de drogue autres que par injection n'est pas connu). Les données pour le Portugal, la Slovénie et la Slovaquie se limitent à la prévalence parmi les UDVI en traitement et peuvent ne pas être représentatives de la prévalence parmi les UDVI qui ne sont pas en traitement.

Sources: Points focaux nationaux Reitox (2004). Pour les sources primaires, les détails des études et les données antérieures à 2002, voir le tableau INF-11 du bulletin statistique 2005.

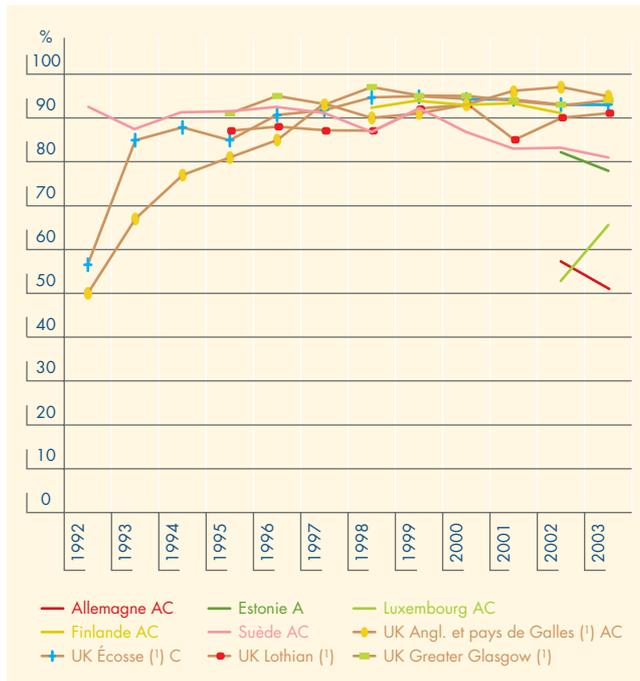
⁽¹³¹⁾ Voir également graphique INF-21 du bulletin statistique 2005 et Matheï e.a., 2005.

⁽¹³²⁾ Voir tableau INF-12 du bulletin statistique 2005.

⁽¹³³⁾ Voir tableau INF-13 et graphiques INF-7 et INF-8 du bulletin statistique 2005.

⁽¹³⁴⁾ Voir tableaux INF-3, INF-14 et INF-15 du bulletin statistique 2005.

Graphique 17 — Cas notifiés d'hépatite C, pourcentage de cas déclarés comme UDVI, 1992-2003



(!) Les données ne couvrent pas le territoire national.
 NB: A: cas aigus; AC: cas aigus et chroniques; C: cas chroniques.
 Source: Points focaux nationaux Reitox.

avec une prévalence supérieure à 60 % ont été rapportés par la Belgique, l'Estonie et l'Italie, tandis que des échantillons avec un taux de prévalence inférieur à 30 % étaient observés en Belgique, en Espagne, en Italie, en Autriche, au Portugal, en Slovénie, en Slovaquie et au Royaume-Uni (135). Les données relatives au signalement de l'hépatite B concernant la période 1992-2003, pour les pays pour lesquels des données sont disponibles, suggèrent que la proportion d'UDVI a augmenté (136). Dans les pays scandinaves, la plupart des cas signalés d'hépatite B aiguë concernent des UDVI, et des poussées d'hépatite B ont coïncidé avec des augmentations de la consommation de drogue par voie intraveineuse dans plusieurs pays (Blystad e.a., 2005).

Pour un aperçu d'autres maladies infectieuses liées à la drogue, voir le rapport annuel 2004 (<http://annualreport.emcdda.eu.int/fr/page074-fr.html>).

Prévention des maladies infectieuses liées à la drogue

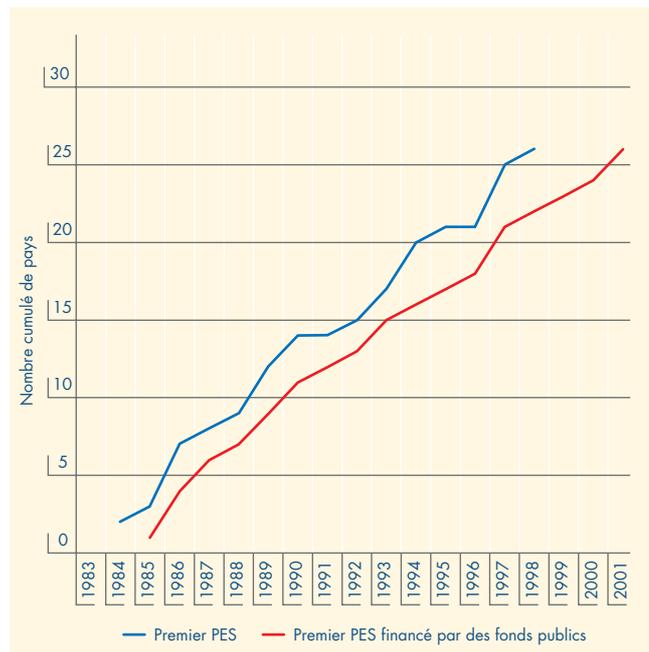
Bien que les politiques nationales des États membres varient et reflètent leur contexte politique et leur situation particulière en matière de drogue, un consensus se dégage au niveau européen sur les éléments clés indispensables pour réagir et lutter efficacement contre le VIH et d'autres

maladies infectieuses chez les UDVI (137). Les réactions appropriées sont notamment un meilleur accès au traitement de l'usage de drogue (OMS, 2005), la mise en place de structures «de première ligne» ou «de bas seuil» et la fourniture de matériel stérile et de programmes éducatifs, bien qu'il faille noter qu'il existe des différences entre les pays en ce qui concerne l'importance accordée à ces différents services. Il est particulièrement important que les traitements de substitution orale soient suffisamment nombreux pour les usagers d'opiacés par voie intraveineuse, étant donné qu'ils réduisent considérablement les comportements liés à la toxicomanie qui présentent un risque élevé de transmission du VIH (Gowing e.a., 2005; Sullivan e.a., 2005).

Mise à disposition de matériel d'injection

Des programmes de fourniture de seringues ont été lancés dans l'Union européenne vers le milieu des années 80 afin d'apporter une réponse immédiate à la menace d'épidémie de VIH parmi les UDVI et ont connu un essor rapide durant les années 90 (voir graphique 18). En 1993, des programmes financés par des fonds publics existaient déjà dans plus de la moitié des vingt-cinq États membres actuels de l'UE et en Norvège. Aujourd'hui, des programmes d'échange de seringues (PES) existent en Bulgarie, en Roumanie et en Norvège ainsi que dans tous les États membres de l'UE à l'exception de Chypre, où du matériel stérile peut toutefois être obtenu gratuitement dans

Graphique 18 — Introduction de programmes d'échange de seringues dans 23 pays de l'UE, en Bulgarie et en Norvège



Source: Rapports nationaux Reitox, 2004.

(135) Voir graphiques INF-9, INF-10, INF-22 et INF-23 du bulletin statistique 2005.

(136) Voir graphique INF-14 du bulletin statistique 2005.

(137) Lors de deux récentes conférences, les représentants des gouvernements européens ont confirmé leur partenariat dans la lutte contre le VIH/sida et défini des mesures en vue de renforcer leurs actions dans ce domaine (déclaration de Dublin, février 2004, et déclaration de Vilnius, septembre 2004). Tous les documents majeurs de l'UE sur le VIH/sida peuvent être consultés sur le site web de la DG Santé et protection des consommateurs de la Commission européenne (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

les pharmacies et où un PES officiel est actuellement à l'étude ⁽¹³⁸⁾. Dès l'introduction de ces programmes dans un pays, la couverture géographique des points de distribution ne cesse généralement de s'étendre. De nombreux pays ont désormais couvert l'ensemble de leur territoire, et les pharmacies sont des partenaires essentiels dans plusieurs États membres. En Suède, toutefois, les deux programmes lancés en 1986 dans le sud du pays sont restés isolés, et, en Grèce, le nombre de PES est limité, et ils ne sont proposés qu'à Athènes ⁽¹³⁹⁾.

En règle générale, les PES s'inscrivent clairement dans le travail des structures de première ligne spécialisées dans les conseils sur l'usage de drogue (voir encadré «Renforcer l'accessibilité des services»), des opérateurs de proximité et des services aux sans-abri dans les pays de l'UE et en Norvège. Dans la mesure où les structures de première ligne réussissent à toucher des populations cachées d'usagers de drogue actifs, elles peuvent être un point de départ important pour le contact, la prévention, l'éducation et le conseil ainsi que pour l'orientation vers le traitement. Il est de plus en plus généralement admis que les services de première ligne constituent une plate-forme essentielle pour la prestation de soins médicaux de base, de dépistage et de vaccination des maladies infectieuses et de traitement antiviral aux membres de la communauté qui, pour des raisons diverses et variées, peuvent éprouver des difficultés à accéder à des soins de santé plus formels.

Les programmes d'échange de seringues sont considérés comme une approche prédominante de la prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue dans seize États membres de l'UE et en Norvège et comme une approche courante dans six autres. Ces programmes constituent une politique prioritaire de prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue dans deux tiers des pays de l'UE ⁽¹⁴⁰⁾.

Preuve de l'efficacité des programmes d'échange de seringues

Les recherches scientifiques sur l'efficacité des PES dans la réduction du VIH/sida chez les UDVI remontent aux années 80 ⁽¹⁴¹⁾. Une analyse de la littérature, publiée en 2004 par l'OMS, conclut qu'il existe des preuves manifestes que la fourniture et l'utilisation accrues de matériel d'injection stérile par les UDVI réduisent considérablement l'infection par le VIH et qu'aucun effet négatif involontaire majeur n'a été démontré (OMS, 2004). L'analyse de l'OMS conclut toutefois que les PES ne suffisent pas, en soi, à contrôler l'infection par le VIH chez les UDVI et que ces programmes doivent aller de pair avec des mesures complémentaires en vue de contrôler l'infection par le VIH parmi les UDVI et sa transmission par cette population. En examinant le rapport coût/efficacité des PES, de Wit et Bos (2004) concluent que ces programmes semblent efficaces par rapport à leur coût pour éviter la propagation du VIH et ont d'autres effets

Renforcer l'accessibilité aux services

L'expression «de première ligne» (ou «de bas seuil») décrit un organisme qui tend à faciliter l'accès aux services sociaux et sanitaires pour les usagers de drogue. Afin d'abaisser leur seuil d'accès, ces structures sont situées dans des lieux spécifiques et ont des heures d'ouverture adaptées aux besoins de leurs patients, comme en fin de soirée ou durant la nuit. Les structures de première ligne proposent également souvent leurs services par l'intermédiaire de travailleurs de proximité. Le recours à ces centres nécessite peu de bureaucratie, et, souvent, aucun paiement n'est demandé. Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation pour les patients de ne pas ou de ne plus se droguer. Ces structures visent les usagers actuels qui n'ont jamais eu de contact avec d'autres services de santé et d'aide aux usagers de drogue et ceux qui ont perdu le contact. Leurs services s'adressent essentiellement aux groupes «difficiles à atteindre» et à des groupes d'usagers particulièrement à risque ainsi qu'aux usagers expérimentaux (par exemple, en proposant leurs services dans des clubs, des discothèques et d'autres lieux de divertissement). Le concept de «structures de première ligne» peut s'appliquer aux boutiques, aux centres d'accueil et aux antennes médicales ainsi qu'aux foyers d'accueil. Dans le cadre d'un système exhaustif de soins, ces structures, en raison de leur accès aisé, jouent un rôle important dans le contact avec les groupes d'usagers de drogue les plus «cachés» ou «difficiles à atteindre». En plus d'inciter les usagers à suivre un traitement et de les adresser à des services spécialisés, ils offrent souvent des services «de survie», comme de la nourriture, des vêtements, un abri, du matériel d'injection stérile et des soins médicaux. Ils sont essentiels à la diffusion de messages de promotion de la santé et des connaissances et compétences concernant un usage sans risque aux personnes qui prennent de la drogue de manière expérimentale ou problématique ou en situation de dépendance. De plus en plus, ces structures proposent également des services de traitement.

bénéfiques en dehors de la limitation de la transmission du VIH, tels que l'établissement d'un contact entre une population d'usagers de drogue difficilement accessible et les services sociaux et sanitaires.

Prévention de l'hépatite

Les UDVI sont extrêmement vulnérables à une infection par le virus de l'hépatite B ou C, et entre 50 et 80 % des toxicomanes sont infectés durant les cinq années qui suivent le début de la prise de drogue par injection et peuvent être atteints d'infections chroniques susceptibles d'endommager et de détruire leur foie (OEDT, 2004b). Si aucun vaccin n'est actuellement disponible contre l'hépatite C, on peut efficacement se prémunir contre l'hépatite B par la vaccination ⁽¹⁴²⁾.

⁽¹³⁸⁾ Voir tableau NSP-2 du bulletin statistique 2005.

⁽¹³⁹⁾ Voir «Needle and syringe availability» («Mise à disposition de matériel d'injection») dans le bulletin statistique 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Voir site web de l'OEDT pour un aperçu des actions nationales de lutte contre les maladies infectieuses (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Voir site web de l'OEDT pour une liste des révisions importantes (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Pour plus d'informations sur l'hépatite, voir site web de l'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

Plusieurs pays de l'UE ont introduit ou réintroduit l'hépatite B dans les programmes nationaux de vaccination au cours de la dernière décennie, et la vaccination fait désormais partie des protocoles de vaccination de routine des enfants dans la plupart des pays de l'UE. Jusqu'à présent, seuls le Danemark, les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni et la Norvège n'ont pas encore suivi la recommandation de l'OMS ⁽¹⁴³⁾.

Même s'il faudra plusieurs décennies avant de parvenir à la réduction ultime des grandes populations à risque, des programmes de vaccination ciblés à l'intention des usagers de drogue sont actuellement mis en œuvre dans la plupart des pays de l'UE et en Norvège. Pour atteindre les populations cibles, la vaccination est mise à la disposition des usagers de drogue dans des points de contact aisément accessibles et aussi de manière croissante dans les prisons ⁽¹⁴⁴⁾.

Les campagnes de vaccination contre l'hépatite B sont souvent combinées avec celles de l'hépatite A et avec des campagnes de conseil, de dépistage et de traitement du virus de l'hépatite C. Même si un traitement pour l'hépatite C est proposé dans tous les pays, dans la pratique, l'accès au traitement peut être difficile pour les usagers de drogue. Étant donné que les lignes directrices médicales officielles sont considérées comme un outil important d'orientation de la fourniture du traitement de l'hépatite C, elles ont fait l'objet d'une analyse par l'OEDT en 2003-2004 ⁽¹⁴⁵⁾. La plupart des lignes directrices recommandent que les usagers de drogue soient traités après une cure de désintoxication ou après avoir suivi régulièrement un traitement de substitution orale pendant une période pouvant aller de trois mois à deux ans. Plus les documents d'orientation sont récents, plus il est probable qu'ils prennent en compte les recherches mettant en évidence les avantages d'une approche pluridisciplinaire du traitement des usagers de drogue par des équipes d'hépatologues et de spécialistes en addiction. La multiplication récente des lignes directrices nationales devrait améliorer les options de traitement et les résultats de ces traitements pour les usagers de drogue.

Décès liés à la drogue

Décès liés à l'héroïne

Dans cette section, l'expression «décès liés à la drogue» fait référence aux décès directement provoqués par la

consommation d'une ou de plusieurs drogues et généralement survenus peu après la prise de la ou des substances. Ces décès sont aussi appelés «surdoses», «empoisonnements» ou «décès provoqués par la drogue» ⁽¹⁴⁶⁾.

Les opiacés sont détectés dans la plupart des cas de «décès liés à la drogue» dus à des substances illicites signalés dans l'UE, bien que, dans de nombreux cas, d'autres substances soient également identifiées lors de l'examen toxicologique, notamment l'alcool, les benzodiazépines et, dans certains pays, la cocaïne ⁽¹⁴⁷⁾.

Entre 1990 et 2002, les pays de l'UE déclaraient entre 7 000 et 9 000 décès provoqués par des surdoses chaque année ⁽¹⁴⁸⁾, soit un total de plus de 100 000 décès au cours de cette période. Ces chiffres doivent être considérés comme une estimation minimale, étant donné que le nombre de cas déclarés est probablement sous-estimé dans bon nombre de pays.

La surdose d'opiacés est l'une des principales causes de décès chez les jeunes en Europe, en particulier chez les jeunes hommes des zones urbaines (OEDT, 2004c). À l'heure actuelle, la surdose est également la principale cause de décès des usagers d'opiacés dans l'ensemble de l'UE. En 2001, par exemple, les États membres de l'EU-15 ont déclaré 8 347 décès liés à la drogue, contre 1 633 décès du sida parmi les UDVI (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, bien que les coûts et les problèmes éventuels à plus long terme de l'infection par le VIH ne doivent pas être négligés.

La majorité des victimes de surdose sont des hommes, dans 60 à 100 % des cas, et, dans la plupart des pays, le pourcentage varie entre 75 et 90 %. La plupart des victimes de surdose sont âgées d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années, l'âge moyen se situant aux alentours de 35 ans (fourchette comprise entre 22 et 45 ans). L'âge moyen le plus bas est observé dans plusieurs nouveaux États membres (Estonie, Lettonie, Lituanie et Roumanie), où la proportion de victimes de surdose de moins de 25 ans est relativement élevée, ce qui peut refléter l'existence d'une population de consommateurs d'héroïne plus jeune dans ces pays ⁽¹⁵⁰⁾.

⁽¹⁴³⁾ Rapport sur la 14^e réunion du groupe consultatif mondial: «Programme renforcé de vaccination», 14 au 18 octobre 1991, Antalya, Turquie, adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Voir tableau de vaccination contre l'hépatite B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Étude d'un bureau de consultants sur les lignes directrices en matière de traitement de l'hépatite B chez les UDVI (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Il s'agit de la définition adoptée par le groupe d'experts nationaux de l'OEDT: voir notes méthodologiques «Drug-related death EMCDDA definition» («Définition OEDT des décès liés à la drogue») dans le bulletin statistique 2005 et DRD Standard protocol, version 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). La plupart des pays utilisent des définitions nationales qui sont actuellement identiques ou très similaires à celle de l'OEDT, bien que quelques pays incluent des décès dus à des médicaments psychoactifs ou des décès qui ne sont pas provoqués par une surdose, généralement de manière limitée (voir «National definitions of drug-related deaths» dans le bulletin statistique 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Voir tableau DRD-1 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Voir tableaux DRD-2 et DRD-3 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Le chiffre relatif aux décès dus au sida porte sur l'ouest de la région Europe de l'OMS et englobe des décès survenus dans plusieurs pays non-UE, comme la Suisse, l'Islande et Israël.

⁽¹⁵⁰⁾ Voir graphique DRD-2 du bulletin statistique 2005.

Décès liés à la méthadone

Plusieurs pays ont fait état de la présence de méthadone dans un nombre important de décès liés à la drogue dans les rapports nationaux Reitox de 2004. Cette information est fournie en tenant compte de la terminologie nationale, et il est parfois malaisé d'évaluer le rôle précis joué par la méthadone dans le décès. Dans certains cas, il s'agit d'intoxications véritables à la méthadone mais, dans d'autres, la présence de la substance est simplement mentionnée. Le Danemark a déclaré que la méthadone était présente dans 49 % des décès par intoxication (97 sur 198 cas, dont 64 cas n'impliquaient que la méthadone). L'Allemagne a indiqué que 23 % des cas étaient attribués à des «substances de substitution», dont 3 % étaient imputables à ces seules substances (55 cas) et 20 % à une combinaison d'alcool et de stupéfiants (354 cas), tandis qu'en 2002, ces chiffres étaient de 30 % au total (7 % pour la substance seule et 23 % en combinaison avec d'autres produits). Le Royaume-Uni a rapporté 418 cas qui «mentionnent» la méthadone, bien que cela ne signifie pas qu'il existe un lien de causalité. D'autres pays ont déclaré moins fréquemment la présence de méthadone dans des décès liés à la drogue: la France (8 cas avec mention de la substance seule ou en combinaison avec d'autres produits), l'Autriche (dans 10 % des décès), le Portugal (dans 3 % des cas) et la Slovénie (4 décès dus à la méthadone). Dans les rapports nationaux Reitox de 2003, l'Irlande et la Norvège ont également rapporté des nombres significatifs de décès associés à la présence de méthadone.

Comme c'est le cas de tous les opiacés, la méthadone est une substance potentiellement toxique, mais la recherche a montré que le traitement de substitution réduit le risque de mortalité par surdose parmi les participants au programme. Plusieurs études ont indiqué qu'il est probable que les décès impliquant la méthadone soient le résultat d'un usage illicite et non sur prescription et d'autres ont conclu à un risque accru durant la phase initiale des traitements d'entretien à la méthadone. Ces conclusions mettent en évidence la nécessité de veiller au respect de normes de qualité élevées pour les programmes de substitution.

Décès liés au fentanyl et à la buprénorphine

Ces dernières années, les pays baltes ont déclaré plusieurs décès dans lesquels l'examen toxicologique avait mis en évidence la présence de fentanyl, souvent en association avec de l'héroïne. Dans son rapport national, la Suède a déclaré 13 décès liés au fentanyl chez les UDVI en 2003, alors qu'elle ne rapportait que des cas occasionnels les années précédentes. Pour plus d'informations sur le rôle de la buprénorphine dans les décès liés à la drogue, voir la question particulière consacrée à la buprénorphine.

Tendances des décès directement liés à la drogue

Les tendances des décès liés à la drogue varient d'un pays à l'autre ⁽¹⁵¹⁾, voire d'une région à l'autre, en raison des différences dans la propagation de l'épidémie d'héroïne, de la prévalence de sa consommation, des comportements à risque (par exemple, la proportion d'UDVI, la polytoxicomanie), de l'offre de traitement et des services d'aide aux usagers de drogue et, peut-être, de la disponibilité et des caractéristiques de l'héroïne. Par ailleurs, l'organisation et les politiques différentes en matière de services médicaux d'urgence peuvent également jouer un rôle important.

Compte tenu de ces limites, on peut néanmoins dégager certaines tendances générales au sein de l'UE, et notamment de l'EU-15, pour laquelle des séries de données plus longues et plus systématiques sont disponibles. Dans l'ensemble, une progression importante des décès liés à la drogue a été observée durant les années 80 et au début des années 90. Entre 1990 et 2000, en dépit des baisses enregistrées dans quelques pays, la tendance générale à la hausse s'est poursuivie en Europe, bien qu'à un rythme moins élevé. En 2000, 8 930 décès ont été déclarés, contre 6 426 en 1990, soit une augmentation de 40 % ⁽¹⁵²⁾. Dans la plupart des anciens États membres, on peut observer une tendance au vieillissement des victimes de surdose, ce qui suggère un «effet de vieillissement de la cohorte», qui pourrait être lié à une diminution du recrutement de jeunes usagers de drogue (voir graphique 19).

Depuis 2000, cependant, de nombreux pays de l'UE font état d'un recul du nombre de décès liés à la drogue. Dans l'EU-15 et en Norvège, le nombre total de victimes est passé de 8 930 en 2000 à 8 394 en 2001 (baisse de 6 %) et à 7 122 décès en 2002 ⁽¹⁵³⁾ (nouveau recul de 15 %). Dix pays seulement ont fourni des informations pour 2003 et il convient donc d'interpréter les tendances dans l'UE avec prudence. Cependant, sur la base des données relatives à ces dix pays, une baisse de 5 % a été observée en 2003, soit un tiers seulement de la diminution enregistrée en 2002. Sur les dix pays ayant fourni des informations pour 2003, trois ont enregistré des augmentations, un n'a mentionné aucun changement et six ont fait état d'une réduction des décès, celle-ci pouvant être considérée comme significative en Grèce (22 %) et en Italie (17 %) ⁽¹⁵⁴⁾. Cette évolution devrait susciter de vives inquiétudes, étant donné qu'il est possible que les facteurs responsables de la réduction du nombre des décès liés à la drogue entre 2000 et 2002 (un recul de près de 20 %) aient disparu en 2003. Cet élément revêt une importance particulière dans la mesure où les décès liés à la drogue se situent encore à des niveaux historiquement élevés, à peu près les mêmes qu'au début des années 90 (voir graphique 20).

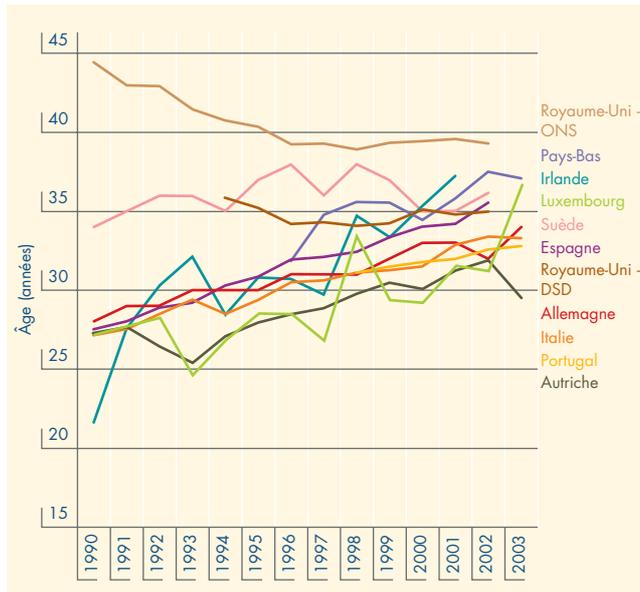
⁽¹⁵¹⁾ Voir graphique DRD-7 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁵²⁾ Voir graphique DRD-8 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁵³⁾ Les chiffres de 2002 pour la Belgique et l'Irlande ne sont pas repris (88 cas ont été recensés en Irlande en 2001).

⁽¹⁵⁴⁾ Sur la base du modèle statistique Poisson simple. Les données de la police provenant de Norvège suggèrent également un net recul en 2003.

Graphique 19 — Tendances de l'âge moyen des victimes de décès subits liés à la drogue dans certains États membres de l'EU-15, 1990 à 2001/2003



NB: Le graphique présente les données de pays ayant fourni un âge moyen des victimes pour la plupart des années de la période considérée. Les informations se fondent sur les «définitions nationales» telles qu'elles sont présentées dans le tableau DRD-6 du bulletin statistique 2005. En Angleterre et au pays de Galles, la «définition de la stratégie antidrogue» est utilisée.
 ONS = Office of national statistics. DSD = Drug strategy definition.
 Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits de registres nationaux de mortalité ou de registres spéciaux (médecine légale ou police).

Dans l'ensemble, les décès liés à la drogue chez les jeunes de moins de 25 ans diminuent de manière relativement constante depuis 1996, ce qui indique une baisse possible du nombre de jeunes UDVI (voir graphiques 19 et 20) résultant d'une tendance à la baisse ou à la stabilisation dans la plupart des États membres de l'EU-15, à l'exception de la France, de la Suède et de la Norvège. Toutefois, dans plusieurs nouveaux États membres, une hausse manifeste du nombre des victimes de moins de 25 ans a été observée entre le milieu des années 90 et la période 2000-2002, ce qui indiquerait un recrutement accru de jeunes usagers de drogue ⁽¹⁵⁵⁾. Par ailleurs, la baisse observée au niveau de l'EU-15 depuis 2000 concernait essentiellement les hommes (recul de 21,9 %). Le nombre des victimes féminines a nettement moins baissé (14,5 %) et, en 2003, à l'inverse des hommes, la tendance à la baisse chez les femmes semble s'être inversée ⁽¹⁵⁶⁾.

L'identification des tendances est malaisée dans les nouveaux États membres en raison de la quantité limitée d'informations disponibles. Bien qu'il existe des différences entre les pays, les données disponibles donnent à penser que les décès liés à la drogue ont

Graphique 20 — Tendances globales des décès subits liés à la drogue dans l'EU-15 et tendance concernant le pourcentage de victimes de moins de 25 ans, 1990-2003



(¹) Le chiffre pour 2003 est provisoire, étant donné que dix pays seulement ont fourni des données pour cette année. Il repose sur les pays qui ont fourni des données pour 2002 et 2003.
 NB: Indice: 1990 = 100. Le nombre de cas par pays et par année est présenté dans le tableau DRD-2 (parties i et v) du bulletin statistique 2005. La Belgique n'a pas fourni de données pour la période 1998-2001 et l'Irlande pour 2002. Une méthode de calcul définie dans OEDT (2001) a été utilisée pour corriger cette situation.
 Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits de registres généraux de mortalité ou de registres spéciaux (médecine légale ou police), sur la base des définitions nationales telles que présentées dans le tableau DRD-6 du bulletin statistique 2005.

commencé à augmenter de manière plus évidente au cours de la première moitié des années 90. Cette constatation est également corroborée par la hausse du nombre de victimes de moins de 25 ans survenue entre le milieu des années 90 et 1999-2000 dans la plupart des pays ayant fourni des informations ⁽¹⁵⁷⁾. Dans les nouveaux États membres pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de victimes de moins de 25 ans a progressé nettement plus que le nombre total de victimes depuis 1996 jusqu'il y a peu (voir graphique 21), ce qui confirme l'idée d'une épidémie plus récente. Depuis 2000, les décès dus à la consommation de substances illicites se sont stabilisés ou ont diminué en République tchèque ⁽¹⁵⁸⁾, en Lettonie (en 2003), en Hongrie et en Bulgarie. Globalement, une certaine stabilisation semble s'être produite ces dernières années, mais cette conclusion doit être prise avec précaution étant donné que la qualité et la couverture des rapports sont encore limitées dans de nombreux pays. La hausse probable de la consommation

⁽¹⁵⁵⁾ Voir graphique DRD-9 du bulletin statistique 2005.
⁽¹⁵⁶⁾ Voir graphique DRD-6 du bulletin statistique 2005.
⁽¹⁵⁷⁾ Voir graphique DRD-9 du bulletin statistique 2005.
⁽¹⁵⁸⁾ En ne tenant compte que des cas relevant de la «sélection D» de l'OEDT, qui couvre les drogues illicites. La définition générale peut inclure de nombreux cas dus à l'absorption de médicaments psychoactifs (75 %).

d'héroïne qui a eu lieu durant les années 90 dans de nombreux nouveaux États membres pourrait avoir été compensée par une augmentation de l'offre de traitement ces dernières années ou par d'autres facteurs, mais il est difficile de prévoir l'évolution de la tendance (voir graphique 21).

On peut conclure de ces éléments qu'en dépit des évolutions positives enregistrées entre 2000 et 2002, vraisemblablement liées à des facteurs tels que l'abandon de l'injection par les usagers d'opiacés dans plusieurs pays et l'augmentation de l'offre de traitement ainsi que la stabilisation ou la baisse possible du nombre d'usagers d'opiacés, les chiffres actuels restent élevés dans une perspective à plus long terme et que certains signes indiquent que l'amélioration pourrait ne pas se poursuivre.

Mortalité globale des usagers d'opiacés

Les usagers d'opiacés présentent un taux de mortalité jusqu'à 20 fois supérieur, voire davantage encore, à celui de la population générale du même âge. Cette mortalité accrue est particulièrement élevée chez les UDVI. Malgré la faible prévalence de la dépendance aux opiacés, cette situation a un impact significatif sur la mortalité des jeunes adultes en Europe (Bargagli e.a., 2004).

Les causes de mortalité des usagers d'opiacés sont non seulement les surdoses, mais également le sida et d'autres maladies infectieuses ainsi que des causes extérieures de décès (accidents, violences, suicides, etc.). La principale cause de décès dans les cohortes où la prévalence de l'infection par le VIH est faible est la surdose. Les décès dus au sida ont considérablement régressé ces dernières années, même parmi les cohortes présentant une prévalence élevée de l'infection par le VIH, grâce à la disponibilité plus grande d'un traitement antirétroviral très actif (HAART) depuis 1995 (voir plus haut pour les chiffres généraux en Europe) ⁽¹⁵⁹⁾.

Tout comme l'âge des usagers d'opiacés, la mortalité augmente progressivement, à mesure que les décès dus à des maladies chroniques (cirrhose, cancer, maladies respiratoires, endocardite, sida) s'ajoutent aux décès par surdose et aux décès causés par des facteurs extérieurs, tels que le suicide et la violence (rapport national néerlandais).

Par ailleurs, les conditions de vie et des facteurs autres que l'usage de drogue proprement dit (perte du logement, maladie mentale, violence, mauvaise nutrition, etc.) peuvent contribuer largement au taux élevé de mortalité chez les usagers de drogue. Des études ont montré que la mortalité parmi les patients relevant de la psychiatrie est quatre fois plus élevée que celle de la population générale (Korkeila, 2000) et que la mortalité parmi les sans-abri est également trois à quatre fois supérieure à celle de la population générale (Hwang, 2001).

Graphique 21 — Tendence globale des décès subits liés à la drogue dans les nouveaux États membres et les pays candidats et tendance concernant le pourcentage de victimes de moins de 25 ans, 1996-2003



(1) Le chiffre pour 2003 est provisoire.
 NB: Les pays repris sont la République tchèque, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, Malte, la Slovaquie et la Bulgarie.
 Indice: 1996 = 100. Le nombre de cas par pays et par année est présenté dans le tableau DRD-2 (partie ii) du bulletin statistique 2005.
 Il convient de rappeler que l'indice a été calculé sur la base de données provenant d'un nombre limité de pays. Il est également à noter que la République tchèque et l'Estonie comptent pour une part importante des victimes de moins de 25 ans.
 L'Estonie n'a pas fourni de données pour 1996 et 2003, la Hongrie pour 2002 et la République tchèque pour 1996 à 2000. La méthode de calcul est détaillée dans OEDT (2001).
 Sources: Rapports nationaux Reitox (2004), extraits de registres généraux de mortalité ou de registres spéciaux (médecine légale ou police), sur la base des définitions nationales telles que présentées dans le tableau DRD-6 du bulletin statistique 2005.

Réduction du nombre de décès liés à la drogue

Politiques d'intervention

L'objectif de la politique communautaire pour la période 2000-2004, qui consiste à réduire sensiblement les décès liés à la drogue, a été bien accepté dans les États membres. Huit des quinze pays de l'EU-15 (Allemagne, Grèce, Espagne, Irlande, Luxembourg, Portugal, Finlande et Royaume-Uni) et quatre nouveaux États membres (Chypre, Lettonie, Lituanie et Pologne) ont inscrit la réduction du nombre des décès liés à la drogue dans leur stratégie nationale ⁽¹⁶⁰⁾. Le fait que plusieurs nouveaux États membres ne disposent toujours pas d'informations fiables sur le nombre de décès liés à la drogue constitue toutefois un obstacle majeur à la mise en place d'une politique d'intervention adéquate.

⁽¹⁵⁹⁾ Mortalité des usagers de drogue dans l'UE: coordination de la mise en œuvre de nouvelles études de cohortes, suivi et analyse des cohortes existantes et développement de nouvelles méthodes et résultats. Rapport OEDT CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁶⁰⁾ Voir tableau récapitulatif «Stratégies et mesures choisies pour réduire les décès liés à la drogue» (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

La nouvelle stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012) met fortement l'accent sur l'amélioration de l'accès à divers services susceptibles de réduire la morbidité et la mortalité associées à l'usage de drogue, et le nombre de décès liés à la drogue a été retenu comme l'un des principaux indicateurs de progrès dans la réalisation de cet objectif dans le premier plan d'action quadriennal (2005-2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Interventions

En termes d'impact sur les décès liés à la drogue, l'offre de traitements adéquats, en particulier de traitements de substitution, est une intervention de première importance (OMS, 1998; ACMD, 2000; Brugal e.a., 2005). Dans les années 80 et durant une grande partie des années 90, les traitements de substitution ont connu un rapide essor en Europe, en particulier dans les États membres de l'UE où la prévalence de la consommation d'héroïne par voie intraveineuse était élevée. À l'heure actuelle, plus d'un demi-million d'héroïnomanes de l'UE, soit entre un quart et la moitié du groupe cible estimé d'héroïnomanes, participent à des programmes de traitement de substitution.

Dans les pays où plus de la moitié de la population d'usagers de drogue à problème reçoit un traitement de substitution, le niveau de l'usage de drogue par injection et les risques comportementaux qui y sont associés devraient baisser, entraînant ainsi une réduction sensible du nombre de décès par surdose.

En 2003, le Conseil européen a recommandé aux États membres d'adopter un certain nombre de mesures afin de réduire le nombre des décès liés à la drogue ⁽¹⁶²⁾. Outre la fourniture de traitements pour les usagers de drogue, ces mesures comprenaient l'amélioration de l'éducation et la diffusion d'informations sur les risques de surdose et sur la gestion de ces surdoses parmi les usagers de drogue, leurs pairs et leurs familles, ainsi que des stratégies proactives destinées à atteindre les personnes qui n'ont pas accès aux services grâce à un travail de proximité et à des services d'aide antidrogue aisément accessibles et attrayants. Le degré de mise en œuvre de la recommandation et ses effets font l'objet d'une évaluation approfondie de la Commission, et un rapport sur le sujet est attendu en 2006.

Le profil démographique des victimes de surdose fait apparaître que les héroïnomanes plus âgés et qui ne suivent pas de traitement sont plus exposés au risque de décès par surdose. Une mesure spécifique et efficace pour toucher ce groupe prioritaire est la mise en place de centres de consommation de drogue contrôlés ⁽¹⁶³⁾. Ces services sont d'ores et déjà opérationnels dans quinze villes allemandes et dans quinze villes néerlandaises ainsi qu'à Madrid, Barcelone et Bilbao (Espagne) et à Oslo (Norvège).

Traitement pour usage d'opiacés

Pour parler simplement, on peut répartir en trois catégories les options disponibles pour traiter l'usage problématique d'opiacés: le traitement médicalement assisté (TMA), l'abstinence sans substitution (*drug-free*) et le traitement du syndrome de sevrage (ce dernier traitement ne sera pas détaillé ici). Toutefois, s'attaquer à la dépendance et au syndrome de sevrage n'est qu'un aspect d'une résolution efficace des problèmes liés à l'usage d'opiacés. Aider l'individu à se réinsérer dans la société par l'intégration sociale, c'est-à-dire à trouver un travail et un logement, et développer les compétences sociales et de contrôle de soi nécessaires pour éviter la rechute sont probablement deux éléments tout aussi importants pour garantir un résultat positif à long terme. De nombreuses études ont révélé que les personnes qui ont un problème de consommation d'opiacés ont souvent de multiples contacts de traitement et que les objectifs thérapeutiques, en particulier l'abstinence, ne sont pas nécessairement atteints lors du premier contact, mais peuvent l'être via des interventions thérapeutiques répétées.

Traitement médicalement assisté

Le traitement médicalement assisté comprend à la fois un traitement de substitution avec des agonistes (méthadone, buprénorphine, dihydrocodéine, héroïne, morphine à libération prolongée) et, bien que moins fréquemment, des traitements avec des antagonistes (naltrexone, par exemple).

La méthadone est disponible dans presque tous les États membres (voir tableau 3) et reste le traitement de substitution le plus couramment prescrit en Europe. Ces dernières années, les possibilités de traitement se sont toutefois diversifiées. La buprénorphine est désormais disponible dans dix-huit des vingt-six pays ayant fourni des informations. Les traitements avec d'autres agonistes et les traitements avec des antagonistes (naltrexone, naloxone ou clonidine) sont moins courants dans l'UE. Une étude portant sur l'introduction de prescriptions d'héroïne sous contrôle est actuellement en cours en Belgique, et l'Autriche a reçu un avis d'experts sur le traitement par héroïne d'usagers chroniques d'opiacés qui se fonde sur les résultats des programmes internationaux existants.

Les chiffres les plus récents montrent qu'en 2003, on recensait plus de 450 000 patients suivant un traitement de substitution dans des unités spécialisées de l'UE (voir tableau 4), dont plus de 90 % recevaient de la méthadone. En plus de ces patients, d'autres recevaient d'autres types de traitement de substitution (dihydrocodéine, morphine à libération prolongée ou héroïne) et d'autres encore suivaient leur traitement de substitution chez un généraliste. Malheureusement, un grand nombre d'États membres ne disposent pas encore de données fiables sur ces aspects

⁽¹⁶¹⁾ Voir la stratégie drogue 2005-2012 de l'UE (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltextrdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ European report on drug consumption rooms (Rapport européen sur les salles de consommation de drogue) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tableau 3 — Substances utilisées dans les traitements médicalement assistés en Europe (y compris les essais)

Pays	Méthadone	Buprénorphine	Dihydrocodéine	Morphine à libération prolongée	Héroïne	Naltrexone/naloxone	Clonidine
Belgique	X	X	X			X	X
République tchèque	X	X					
Danemark	X	X					
Allemagne	X	X	X		X	X	
Estonie	X	X					
Grèce	X	X				X	
Espagne	X	X			X		
France	X	X		X			
Irlande	X						
Italie	X	X				X	X
Chypre							
Lettonie	X						
Lituanie	X	X				X	
Luxembourg	X	X		X			
Hongrie	X						
Malte	X		X			X	X
Pays-Bas	X	X			X	X	X
Autriche	X	X	X	X			
Pologne	X						
Portugal	X	X				X	X
Slovénie	X						
Finlande	X	X					
Suède	X	X					
Royaume-Uni	X	X	X		X	X	X
Bulgarie	X			X			
Roumanie	X						
Norvège	X	X					

NB: Aucune information n'est disponible pour la Slovaquie ou la Turquie.

Source: Tableau standard sur la disponibilité des traitements contre la toxicomanie.

des traitements de substitution, et il n'est dès lors pas possible de produire des données agrégées pour l'ensemble de l'Union européenne.

Certains pays possèdent cependant des données ou des estimations fiables du nombre de patients suivant un traitement de substitution chez des généralistes, ajoutant ainsi de précieuses informations aux estimations globales du nombre de patients recevant un traitement de substitution dans l'UE. En 2003, le nombre de patients suivant un traitement à la méthadone chez leur généraliste

s'élevait à 8 500 en France, 2 682 en Irlande, 851 au Luxembourg et 930 aux Pays-Bas. Par ailleurs, en République tchèque et en France, respectivement 1 200 et 70 000 patients recevaient un traitement à base de buprénorphine chez leur généraliste. On estime qu'au total, 81 743 patients suivaient un traitement de substitution chez leur généraliste dans ces cinq pays. Compte tenu du fait que plus de 450 000 patients suivent un traitement de substitution dans des unités spécialisées, le nombre total de patients recevant un traitement de substitution a désormais franchi la barre du demi-million et

Tableau 4 — Estimations du nombre de patients suivant un traitement de substitution en Europe en 2003

Pays	Patients suivant un traitement à la méthadone dans des unités spécialisées	Patients suivant un traitement à la buprénorphine dans des unités spécialisées	Total des patients suivant un traitement de substitution dans des unités spécialisées
Belgique	1 922	48	1 970
République tchèque	368	204	572
Danemark	4 971	484	5 455
Allemagne	65 000	9 000	74 000
Estonie	60	13	73
Grèce	2 018	275	2 293
Espagne	88 678	36	88 714
France	15 000	13 000	28 000
Irlande (¹)	5 561	0	5 561
Italie	79 065	7 113	86 178
Chypre	0	0	0
Lettonie	67	0	67
Lituanie	332	n.d.	332
Luxembourg	133	10	143
Hongrie	750	0	750
Malte	698	0	698
Pays-Bas	12 000	n.d.	12 000
Autriche (²)	1 796	1 667	6 413 (³)
Pologne	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Slovénie	1 909	0	1 909
Finlande	170	430	600
Suède	800	1 300	2 100
Royaume-Uni	128 000	n.d.	128 000
Bulgarie	380	0	380
Roumanie	400	0	400
Norvège	1 947	484	2 431
Total (⁴)	422 655	36 807	462 412 (⁴)

(¹) Il s'agit du nombre de cas et non des personnes traitées au cours de l'année.

(²) En Autriche, 46 % environ des patients reçoivent un traitement de substitution avec un produit autre que la méthadone ou la buprénorphine, qui ont été ajoutés pour obtenir le total correct. La ventilation proportionnelle se fonde sur les premiers traitements.

(³) Le total agrégé plus élevé est dû à une estimation de 2 950 patients suivant un traitement de substitution avec des drogues autres que la méthadone et la buprénorphine en Autriche (essentiellement de la morphine à libération prolongée).

(⁴) n.d.: pas d'information disponible. En calculant les totaux, «pas d'information disponible» a reçu la valeur «0». Les chiffres présentés sont donc des valeurs minimales.

NB: Aucune information n'est disponible pour la Slovaquie ou la Turquie.

Source: Tableau standard sur la disponibilité des traitements contre la toxicomanie.

se situe aux alentours de 530 000 personnes. Une fois encore, étant donné que les informations sont incomplètes, le chiffre de 530 000 personnes est une estimation minimale du nombre d'usagers de drogue suivant un traitement de substitution.

La disponibilité des traitements de substitution diffère sensiblement entre les pays de l'EU-15 et les nouveaux États membres et les pays candidats. Bien qu'ils représentent plus de 20 % de la population totale, les nouveaux États membres et les pays candidats

n'interviennent qu'à hauteur de 1,3 % dans le nombre de patients suivant un traitement de substitution (à l'exception de la Turquie, pour laquelle aucune donnée n'est disponible en ce qui concerne les traitements de substitution). Parmi les nouveaux États membres, deux seulement, à savoir la République tchèque et la Slovénie, ont fourni des estimations sur la prévalence de l'usage problématique de drogue, et, dans ces deux pays, les traitements de substitution ne sont disponibles que pour une partie des usagers de drogue à problème (16 et 26 %, respectivement) inférieure à la moyenne de l'EU-15 (35 %). En dépit de l'absence d'estimations de la prévalence de l'usage problématique de drogue dans d'autres nouveaux États membres et dans les pays candidats, le nombre de traitements de substitution est largement inférieur à celui des États membres de l'EU-15. Étant donné le risque élevé de propagation de maladies infectieuses dans certains pays et le rôle préventif que les traitements médicalement assistés peuvent jouer pour réduire ce risque (voir, par exemple, ONUDC, 2002), la situation est préoccupante.

Deux tendances distinctes sont apparues ces dernières années dans les traitements médicalement assistés. La première est la poursuite de la tendance au renforcement de la disponibilité de traitements de substitution, bien que ce renforcement soit désormais moins prononcé. En outre, on a assisté à une diversification des substances utilisées. Ainsi, le nombre de pays faisant état de l'utilisation de buprénorphine est passé de 6 en 1999/2000 à 14 en 2003.

Une troisième tendance, quoique moins claire, est celle de la participation accrue des généralistes dans l'offre de traitements médicalement assistés. Seuls trois pays de l'EU-15 évoquaient la participation de généralistes en 2000/2001 (Belgique, France, Royaume-Uni) (Solberg e.a., 2002), alors qu'ils sont dix aujourd'hui (Belgique, Allemagne, France, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Suède et Royaume-Uni), sans compter trois nouveaux États membres (République tchèque, Malte et Slovénie).

Abstinence sans traitement de substitution

L'abstinence sans traitement de substitution implique la mise en œuvre de techniques psychosociales et éducatives pour parvenir à une abstinence à long terme. Traditionnellement, ce type de traitement se pratiquait sur le long terme dans des centres de soins résidentiels, comme les communautés thérapeutiques. Aujourd'hui, il est souvent proposé au sein de la communauté.

À la différence du traitement médicalement assisté, pour lequel il existe des registres nationaux centralisés dans de nombreux États membres, les registres des traitements par abstinence sans substitution sont rares, tout comme les données fiables, claires et quantitatives sur ce mode de traitement. Bien qu'il soit impossible de procéder à une

comparaison précise avec les traitements médicalement assistés, les rapports des États membres indiquent que ces derniers sont la principale forme de traitement des usagers d'opiacés à problème dans la majorité des États membres de l'UE et au niveau communautaire agrégé. Cependant, certains pays affichent une préférence générale pour l'abstinence sans traitement de substitution plutôt que pour les TMA (Estonie, Chypre, Lituanie, Pologne et Finlande). Dans quelques pays, notamment la Grèce, l'Espagne et la Norvège, les chiffres relatifs aux TMA et à l'abstinence sans traitement de substitution semblent similaires.

Nouveaux développements dans l'assurance qualité

Plusieurs pays (Allemagne, Autriche et Portugal) ont publié des manuels destinés au personnel médical qui participe au traitement de l'usage de drogue. Les efforts déployés dans le cadre de la stratégie antidrogue du gouvernement britannique ont montré qu'en investissant dans le budget, l'organisation, le suivi et le personnel, les listes d'attente peuvent être raccourcies et que davantage d'usagers de drogue à problème peuvent avoir accès au traitement et les suivre. En Angleterre, 41 % d'usagers de drogue à problème supplémentaires ont eu des contacts avec des services de traitement de la toxicomanie en 2003-2004 par rapport à 1998-1999, et les temps d'attente ont été réduits de deux tiers depuis 2001. En 2003-2004, 72 % des patients avaient terminé avec succès un programme structuré ou étaient restés en traitement, contre 57 % au cours de la période 2002-2003 (NTA, 2004).

La structure dans laquelle l'abstinence sans traitement de substitution est appliquée varie considérablement d'un pays à l'autre. Dans un groupe de pays (Allemagne, Grèce, Espagne, France, Chypre, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Slovénie et Royaume-Uni), l'abstinence sans traitement de substitution destinée aux usagers d'opiacés à problème se déroule essentiellement dans des centres de soins ambulatoires, tandis qu'un groupe plus restreint de pays indique que ce type de traitement se passe principalement dans des centres de soins résidentiels (Irlande, Italie, Autriche); d'autres ne mentionnent pas de prédominance claire (Suède, Norvège).

Réinsertion sociale

La réinsertion sociale se définit comme «toute intervention sociale visant à insérer des usagers de drogue à problème, anciens ou actuels, dans la communauté». Les trois «piliers» de la réinsertion sociale sont: 1) le logement, 2) l'éducation et 3) l'emploi (y compris la formation professionnelle). D'autres mesures, comme le conseil et les activités de loisirs, peuvent également intervenir.

La réinsertion sociale est une réponse à l'usage problématique de drogue moins bien établie que le traitement, et, par conséquent, le suivi et les rapports dans ce domaine sont plus fragmentaires. Certains pays indiquent que des évaluations qualitatives de leurs efforts

en matière de réinsertion sociale ont lieu; cependant, aucun ne mentionne une bonne couverture. Les pays qui fournissent des informations (Estonie, Irlande, Malte, Pays-Bas, Suède, Roumanie et Norvège) épinglent tous des lacunes dans leurs services et/ou programmes de réinsertion sociale. La Grèce constitue une exception à la règle; en effet, ce pays possède un éventail relativement large de programmes de réinsertion sociale et dispose également de données fiables sur le nombre de patients couverts.

Saisies et informations relatives au marché ⁽¹⁶⁴⁾

Production, trafic et saisies d'opiacés

L'Afghanistan est de loin le premier fournisseur mondial d'opium illicite, en particulier du fait que la superficie totale de culture a une nouvelle fois augmenté en 2004. La production mondiale d'opium illicite était estimée à quelque 4 850 tonnes en 2004 (4 766 tonnes en 2003), dont 87 % provenaient d'Afghanistan et 8 % du Myanmar. La production mondiale d'opium est restée stable au cours des cinq dernières années, à l'exception de 2001, lorsqu'une interdiction de la culture de pavot imposée en Afghanistan par le régime des talibans a abouti à une réduction spectaculaire, quoique de courte durée, de la production. La fabrication mondiale potentielle d'héroïne était estimée à 485 tonnes en 2004 (477 tonnes en 2003) (CND, 2005).

L'héroïne consommée dans l'UE est principalement produite en Afghanistan (et de plus en plus) ou le long des routes empruntées par le trafic d'opium, notamment en Turquie (ONUDD, 2003a; OICS, 2005), et entre en Europe par deux axes principaux. La route des Balkans continue de jouer un rôle historique essentiel dans la contrebande d'héroïne. Après un transit par le Pakistan, l'Iran et la Turquie, la route se scinde ensuite en une branche méridionale qui traverse la Grèce, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, l'Albanie, une partie de l'Italie, la Serbie-et-Monténégro et la Bosnie-et-Herzégovine, et une branche septentrionale traversant la Bulgarie, la Roumanie, la Hongrie et l'Autriche. L'OICS (2005) rapporte qu'en 2003, la branche septentrionale de la route des Balkans est devenue la route principale du trafic d'héroïne. Depuis le milieu des années 90, l'héroïne est de plus en plus exportée en contrebande vers l'Europe par la «route de la soie» via l'Asie centrale, la mer Caspienne et la Fédération de Russie, le Belarus ou l'Ukraine (rapports nationaux Reitox, 2004; ONUDD, 2003; CND, 2005; OICS, 2005). Bien que ces itinéraires soient les plus importants, plusieurs pays d'Afrique de l'Est et de l'Ouest et d'Amérique ont effectué des saisies

d'héroïne destinée au marché européen en 2003 (CND, 2005; OICS, 2005).

Outre l'héroïne importée, certaines drogues opiacées sont produites à l'intérieur de l'UE. Il s'agit principalement de la production en quantités limitées de 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 un certain nombre de pays de l'est de l'UE, tels que l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie (rapports nationaux Reitox, 2004). Ces produits semblent avoir gagné en popularité en Estonie en 2003.

En termes de volume, en 2003, l'Asie (56 %) et l'Europe (34 %) continuent de représenter la majeure partie de l'héroïne saisie dans le monde. Les saisies européennes continuent à augmenter, en particulier grâce aux saisies accrues d'héroïne dans les pays de l'est et du sud-est de l'Europe (CND, 2005). Depuis 1998, le pays de l'UE ayant réalisé le plus grand nombre de saisies et ayant saisi la plus grande quantité d'héroïne est le Royaume-Uni, devant l'Espagne, pour le nombre de saisies, et l'Italie, pour la quantité saisie ⁽¹⁶⁵⁾. En 2002, le Royaume-Uni représentait environ 30 % des saisies d'héroïne et de la quantité totale d'héroïne saisie dans l'UE.

Les quantités d'héroïne saisies ⁽¹⁶⁶⁾ dans l'UE ont, dans l'ensemble, augmenté au cours des cinq dernières années, même si elles ont été stables entre 2000 et 2002, tandis que le nombre des saisies a globalement diminué au cours de la même période. En se fondant sur les tendances qui se dégagent dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, il semble que les saisies et les quantités d'héroïne saisies dans l'UE aient diminué en 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

Des saisies de fentanyl et de méthylfentanyl (opiacés de synthèse jusqu'à 100 fois plus puissants que l'héroïne) ont été déclarées en Estonie en 2003, tandis que la Lettonie faisait état de sa première saisie de 3-méthylfentanyl en 2003 et que l'Autriche déclarait sa première saisie de fentanyl en janvier 2004. En Estonie, la qualité médiocre de l'héroïne disponible sur le marché local est compensée depuis 2002 par l'introduction de ces deux opiacés de synthèse, connus sous le nom de «blanche chinoise», «blanche persane» ou «héroïne de synthèse» (rapports nationaux Reitox, 2004).

Bien que les données relatives aux saisies de benzodiazépines — généralement utilisées comme produits de substitution par les héroïnomanes — ne soient pas collectées de manière systématique par l'OEDT, l'Espagne, la Lituanie, la Suède et la Norvège ont déclaré des saisies de ces produits (en particulier du Rohypnol) en 2003.

⁽¹⁶⁴⁾ Voir «Interprétation des données sur les saisies et le marché», p. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Même si cela doit être vérifié lorsque les données manquantes de 2003 seront disponibles. Les données sur le nombre de saisies d'héroïne en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Italie, Chypre, les Pays-Bas et la Roumanie. Les données sur le nombre de saisies d'héroïne et les quantités d'héroïne saisies en 2003 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni.

⁽¹⁶⁶⁾ Voir tableau SZR-4 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Voir tableau SZR-3 (partie i) du bulletin statistique 2005.

Prix et pureté de l'héroïne

En Europe, l'héroïne se présente sous deux formes: l'héroïne brune, qui est la plus courante (sa forme chimique de base) et l'héroïne blanche, moins courante et plus chère (une forme de sel), qui provient généralement d'Asie du Sud-Est. En 2003, dans l'UE, le prix de vente moyen dans la rue de l'héroïne brune variait entre 27 euros le gramme en Belgique et 144 euros le gramme en Suède, tandis que le prix de

l'héroïne blanche était compris entre 25 euros en Slovaquie et 216 euros le gramme en Suède ⁽¹⁶⁸⁾. Cet écart de prix reflète probablement le degré de pureté de la drogue vendue.

En 2003, dans l'UE, la pureté moyenne de l'héroïne brune vendue dans la rue variait de 6 % en Autriche à 40 % à Malte. Seuls quelques pays ont fourni des données sur la pureté de l'héroïne blanche ⁽¹⁶⁹⁾. Celle-ci allait de 6 % en Finlande à 70 % en Norvège, en moyenne ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprénorphine: traitement, abus et prescription, extrait du Rapport annuel 2005 de l'OEDT — Questions particulières

Ces dix dernières années, l'usage de la buprénorphine s'est de plus en plus développé en Europe en tant qu'alternative à la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Mise au point au départ pour servir d'analgésique, la buprénorphine a été proposée dans le traitement de la dépendance aux opiacés à la fin des années 70. L'introduction de la buprénorphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés dans les États membres de l'EU-15 et son extension dans ces pays et dans les nouveaux États membres sont décrites.

Des comparaisons sont établies entre la buprénorphine et la méthadone en termes d'efficacité et de coût. L'offre de traitement par la buprénorphine en Europe est décrite, et des comparaisons sont effectuées entre les États membres dans lesquels la buprénorphine est la principale substance utilisée dans le traitement de la dépendance aux opiacés et ceux dans lesquels les traitements médicalement assistés (TMA) utilisent surtout la méthadone. L'une des conclusions est que près de 20 % des patients suivant un TMA dans l'UE aujourd'hui reçoivent de la buprénorphine, bien que la plupart d'entre eux soient regroupés dans un seul pays (France). Dans l'ensemble, la buprénorphine s'est étendue

à de nombreux pays, mais le nombre effectif de patients est toujours limité dans la plupart des États membres.

La buprénorphine est envisagée sous l'angle d'un abus potentiel. Les premières indications suggèrent que l'abus de buprénorphine n'est présent que dans quelques pays seulement et rare en dehors de ceux-ci. Certains éléments font état de l'abus de buprénorphine dans des populations ou des groupes d'âge spécifiques ou tentent d'identifier différents groupes d'usagers qui abusent de la buprénorphine. Bien que les décès liés à l'abus de buprénorphine soient très rares, la littérature scientifique et quelques pays européens rapportent quelques décès. Les déclarations de décès liés à l'abus de buprénorphine sont comparées aux décès liés à l'abus de méthadone.

La question particulière tire des conclusions sur les avantages relatifs de la buprénorphine et de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opiacés. La buprénorphine est considérée comme une opportunité d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des TMA.

Cette question particulière est disponible sur support papier et sur l'internet en anglais uniquement: «Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Voir tableau PPP-2 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Voir tableau PPP-6 (partie i) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Nombre limité d'échantillons pour la Norvège (n = 8).



Chapitre 7

Criminalité et incarcération

Criminalité liée à la drogue

On entend par criminalité liée à la drogue les crimes commis sous l'influence d'une drogue, ceux commis pour financer la consommation de drogue, ceux commis dans le cadre du fonctionnement des marchés de drogues illicites et ceux commis en violation de la législation antidrogue. Les données courantes disponibles dans l'UE ne concernent que cette dernière catégorie, à savoir les infractions à la législation antidrogue.

Les «rapports»⁽¹⁷¹⁾ d'infractions à la législation antidrogue traduisent les différences entre les législations nationales, mais aussi les variations dans la manière dont les lois sont appliquées et les disparités entre les priorités et les ressources allouées par les autorités judiciaires à la lutte contre certains types de crimes et délits. En outre, les systèmes d'information sur les infractions à la législation antidrogue varient considérablement d'un pays à l'autre, en particulier en ce qui concerne les pratiques de signalement et d'enregistrement, c'est-à-dire ce qui est consigné, quand et comment cela se fait. Ces différences rendent difficiles les comparaisons entre pays de l'UE.

Entre 1998 et 2003, le nombre de «rapports» d'infractions à la législation antidrogue a augmenté dans la plupart des pays. Les augmentations ont été particulièrement significatives (multiplication par deux, voire plus) en Estonie et en Pologne. Cependant, le nombre de «rapports» a diminué en 2003 en Belgique, en Espagne, en Italie (depuis 2001), en Hongrie, à Malte, en Autriche et en Slovaquie (depuis 2002)⁽¹⁷²⁾.

Dans la plupart des États membres de l'UE, la majeure partie des infractions signalées à la législation antidrogue concerne toujours l'usage ou la possession de drogue pour usage personnel⁽¹⁷³⁾ et représente entre 39 % des délits liés à la drogue en Pologne et 87 % en Autriche et au Royaume-Uni. En République tchèque et au Luxembourg, 91 et 46 %, respectivement, des infractions signalées à la législation antidrogue concernaient la vente ou le trafic,

Usage de drogue et criminalité: quelques données

Dans le cadre d'une enquête menée en République tchèque en 2004, des officiers de police d'un commissariat régional ont estimé que 40 % environ des vols ordinaires et 30 % environ des cambriolages avaient été commis dans le but d'acheter de la drogue. Dans le même pays, des données génériques sur les crimes et délits recensés ont montré qu'en 2003, 0,7 % de l'ensemble de ceux-ci ont été commis alors que leurs auteurs étaient sous l'influence de stupéfiants ou de substances psychotropes (à l'exclusion de l'alcool) (rapport national tchèque).

En Finlande, entre 2000 et 2003, le pourcentage d'homicides et d'agressions perpétrés par des délinquants sous l'influence de drogues illicites était sensiblement inférieur à celui des crimes et délits commis par des délinquants sous l'influence de l'alcool (6 contre 64 % pour les homicides et 2 contre 71 % pour les agressions) (Lehti et Kivivuri; cité dans le rapport national finlandais). Bien que la présence de drogue dans les vols qualifiés semble avoir augmenté durant la dernière décennie, la présence d'alcool est toujours plus courante (43 % des vols qualifiés mettent en cause l'alcool contre 9 % pour la drogue).

En Allemagne, les «délits compulsifs économiques directs», c'est-à-dire les délits commis dans le but d'obtenir des stupéfiants, des drogues de substitution ou des drogues alternatives, ont baissé en 2003 pour atteindre 2 568 cas, dont 70 % concernaient la falsification d'ordonnances ou le vol de formulaires d'ordonnance (BKA, 2004).

En Lettonie, les données génériques émanant du ministère de l'intérieur font apparaître que 2,8 % de tous les crimes et délits recensés en 2003 (3,1 % en 2002) ont été commis par des délinquants qui étaient sous l'influence de stupéfiants (rapport national letton).

tandis qu'en Italie et en Espagne — où l'usage et la possession de drogue ne sont pas des délits —, tous les délits liés à la drogue concernaient la vente ou le trafic. Enfin, au Portugal⁽¹⁷⁴⁾ et en Norvège⁽¹⁷⁵⁾, 59 % des délits concernaient l'usage et le trafic de drogue.

⁽¹⁷¹⁾ Le terme «rapports» pour les infractions à la législation antidrogue est mis entre guillemets parce qu'il décrit des notions différentes selon les pays visés (rapports de police sur des personnes soupçonnées d'avoir enfreint la législation antidrogue, accusations d'infractions à la législation antidrogue, etc.). Pour une définition précise pour chaque pays, consulter les Notes méthodologiques sur les définitions des «rapports» d'infractions à la législation antidrogue dans le bulletin statistique 2005. (NB: Le terme «arrestation» a été utilisé dans les rapports annuels jusqu'en 2001).

⁽¹⁷²⁾ Voir tableau DLO-1 (partie i) du bulletin statistique 2005. Les données sur les «rapports» d'infractions à la législation antidrogue en 2003 n'étaient pas disponibles pour le Danemark, l'Allemagne, l'Irlande, la Lettonie, la Slovaquie et le Royaume-Uni.

⁽¹⁷³⁾ Voir tableau DLO-2 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁷⁴⁾ Au Portugal, les autres infractions à la législation antidrogue ont trait «à la vente ou au trafic de drogue», étant donné que la consommation et la possession de drogue ont été dépénalisées en juillet 2001.

⁽¹⁷⁵⁾ En Norvège, aucune distinction n'est opérée entre «la vente/trafic de drogue» et «la consommation/vente et le trafic de drogue». Par conséquent, les autres infractions à la législation antidrogue concernent uniquement la «consommation de drogue».

Dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception du Portugal, la proportion des infractions à la législation antidrogue relative à l'usage ou à la possession de drogue a augmenté au cours de la période de cinq ans comprise entre 1998 et 2003 ⁽¹⁷⁶⁾. Le rythme de cette progression a été lent dans l'ensemble, mais une tendance à la hausse plus marquée a été observée en Belgique, au Luxembourg et en Slovénie, ainsi qu'en Irlande jusqu'en 2001. Au Portugal, la proportion de délits liés à l'usage de drogue a commencé à baisser en 2000, un an avant la dépénalisation de l'usage et de la possession de drogue pour usage personnel en juillet 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. En 2003, des baisses ont également été rapportées en République tchèque, au Luxembourg, en Autriche et en Slovénie.

Dans la plupart des États membres, le cannabis reste la drogue illicite la plus souvent mise en cause dans les infractions liées à la drogue qui ont été signalées ⁽¹⁷⁸⁾. Dans les pays où tel est le cas, en 2003, les délits liés au cannabis ont représenté entre 39 % (Italie) et 87 % (France) de l'ensemble des infractions à la législation antidrogue. Aux Pays-Bas, les délits mettant en cause des «drogues dures» ⁽¹⁷⁹⁾ ont été les plus nombreux (58 %), tandis qu'en République tchèque, la plupart des infractions à la législation antidrogue concernaient les amphétamines (48 %). La proportion relative des infractions à la législation antidrogue liée à une drogue spécifique est influencée par différents facteurs, tels que les priorités opérationnelles des instances chargées de l'application de la loi et les décisions stratégiques implicites ou explicites destinées à cibler les différents types d'infractions à la législation antidrogue.

Depuis 1998, la proportion des délits liés à la drogue mettant en cause le cannabis ⁽¹⁸⁰⁾ a augmenté en Allemagne, en Espagne, en France, en Irlande, en Lituanie, au Luxembourg, à Malte et au Portugal, alors qu'elle est restée globalement stable en Belgique, en République tchèque, aux Pays-Bas, en Slovénie, en Suède et au Royaume-Uni et a reculé en Italie et en Autriche ⁽¹⁸¹⁾.

Au cours de la même période, la proportion de délits liés à l'héroïne a diminué dans tous les pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles, à l'exception de l'Autriche et du Royaume-Uni, où elle a augmenté ⁽¹⁸²⁾. En

revanche, la tendance inverse est observée pour les délits liés à la cocaïne, dont la proportion a augmenté par rapport à l'ensemble des délits liés à la drogue depuis 1998 dans tous les pays fournissant des données, hormis l'Allemagne, qui signale une tendance à la baisse ⁽¹⁸³⁾.

Les usagers de drogue et la prison

Les usagers de drogue en prison

Rares sont les informations génériques nationales sur le type et le mode de consommation de drogue parmi les détenus. La plupart des données disponibles dans l'UE proviennent d'études ad hoc menées sur des échantillons de taille variable, dont les résultats (et les tendances) sont très difficiles à extrapoler.

Par rapport à la population générale, les usagers de drogue sont surreprésentés dans la population carcérale. Dans la plupart des études réalisées dans l'UE, la prévalence au cours de la vie de l'usage de drogue chez les détenus dépasse 50 %. Elle varie toutefois considérablement, entre 22 et 86 %, selon les populations carcérales, les centres de détention et les pays ⁽¹⁸⁴⁾. Dans l'UE, la prévalence de l'usage régulier de drogue ou de la dépendance avant la détention varie entre 8 et 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

La majorité des usagers de drogue réduisent leur consommation ou arrêtent de se droguer lorsqu'ils entrent en prison. Cependant, de nombreux détenus continuent à consommer de la drogue après leur incarcération, et certains commencent à en consommer (et/ou à s'en injecter) en détention. D'après les études disponibles, entre 8 et 60 % des détenus déclarent avoir consommé de la drogue en prison et 10 à 42 % font état d'une consommation régulière ⁽¹⁸⁶⁾.

La prévalence au cours de la vie de l'usage de drogue par voie intraveineuse chez les détenus est généralement comprise entre 15 et 50 %; cependant, certaines études ont conclu à des taux aussi faibles que 1 % ou aussi élevés que 69 %. Lorsque des données comparables sont disponibles (Autriche pour 1999, Angleterre et pays de Galles pour 1997-1998), elles indiquent que la probabilité que les jeunes délinquants prennent de la drogue par voie intraveineuse est moins grande que chez

⁽¹⁷⁶⁾ Voir tableau DLO-4 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ La loi de dépénalisation de la consommation de drogue et de la possession de drogue pour consommation personnelle a été adoptée en novembre 2000 et est entrée en vigueur en juillet 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Voir tableau DLO-3 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ Aux Pays-Bas, les «drogues dures» sont définies comme des drogues qui provoquent des risques de santé publique inacceptables, comme l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et le LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Les pays suivants ont fourni une ventilation par drogue ou par type d'infractions dans le temps: Belgique, République tchèque, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas (uniquement «drogues douces/cannabis» et «drogues dures»), Autriche, Portugal, Slovénie, Suède et Royaume-Uni.

⁽¹⁸¹⁾ Voir tableau DLO-5 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁸²⁾ Voir tableau DLO-6 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁸³⁾ Voir tableau DLO-7 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Voir tableau DUP-1 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Voir tableau DUP-5 (annexe) du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Voir tableau DUP-3 du bulletin statistique 2005.

les adultes et que, au sein de la population carcérale, les femmes sont plus susceptibles de se piquer que les hommes ⁽¹⁸⁷⁾. En se fondant sur plusieurs études réalisées dans l'UE, Bird et Rotily (2002) ont montré qu'environ un tiers des détenus hommes sont des usagers de drogue par voie intraveineuse. Selon les données transmises par les points focaux Reitox, entre 0,2 et 34 % des détenus ⁽¹⁸⁸⁾ ont consommé de la drogue par injection en prison. Cela soulève des interrogations sur l'accès à du matériel d'injection stérile et sur l'hygiène des pratiques de partage au sein de la population carcérale ainsi que sur le risque de propagation de maladies infectieuses.

Assistance et traitement des usagers de drogue en prison

Il existe dans tous les États membres et dans les pays candidats des systèmes destinés à offrir une assistance aux usagers de drogue incarcérés, bien que la diversité des services et leur disponibilité varient considérablement. Une évolution notable est la reconnaissance croissante du fait que les prisonniers ont les mêmes droits que le reste de la population en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, en ce compris l'assistance et le traitement des usagers de drogue (bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002; rapports nationaux irlandais, lituanien et finlandais). Parmi les services qui devraient être proposés aux détenus figurent les stratégies de prévention ainsi que des programmes d'abstinence sans traitement de substitution (*drug-free*), des cures de désintoxication, des traitements de substitution à la méthadone ou à d'autres substances, des conseils et des programmes éducatifs.

Toutefois, les pays font état de divers problèmes dans la fourniture d'une assistance adéquate. Ainsi, la disponibilité des services est précaire en Estonie; aucun service spécifique n'est disponible pour les usagers de drogue en Lettonie; la liste d'attente pour recevoir un traitement est longue en Pologne; la Suède indique que les prisons sont surpeuplées et que le personnel pénitentiaire est insuffisant, et, en Roumanie, il n'existe pas de législation appropriée. À Chypre, même en l'absence de programme intégré d'aide aux usagers de drogue incarcérés, certaines mesures de prévention sont prises.

Les activités d'éducation et de formation s'inscrivent dans des stratégies générales de prévention. Dans la plupart des pays de l'UE et des pays candidats, ces activités sont destinées à la fois aux usagers de drogue incarcérés et au personnel pénitentiaire. Parmi les pays qui font état de l'existence de telles activités, on recense l'Estonie, l'Espagne, Chypre, la Hongrie, la Slovaquie et la Roumanie (rapports nationaux Reitox).

Un autre facteur de prévention est la création d'unités *drug-free* dans les prisons. La participation est volontaire et est généralement subordonnée à la signature d'une déclaration écrite d'acceptation de certaines conditions, par exemple des analyses d'urine périodiques, par les

usagers de drogue incarcérés. Ces unités existent dans tous les États membres de l'EU-15. Des unités *drug-free* ont été mises en place dans la plupart des nouveaux États membres. Une évaluation de la zone *drug-free* dans une prison autrichienne a montré que les détenus libérés après avoir séjourné dans cette zone récidivaient sensiblement moins souvent que les détenus sortant des unités normales de la prison (35 contre 62 %).

Le mode de traitement le plus courant dans les prisons est l'abstinence sans traitement de substitution, qui existe dans tous les États membres (à l'exception de Chypre et de la Lettonie), même si la disponibilité des traitements varie. Les centres de traitement dans la communauté apportent une aide, un traitement ainsi qu'un suivi ultérieur dans de nombreux pays, comme la Belgique, la République tchèque, la Grèce, le Luxembourg et le Royaume-Uni.

Dans la plupart des pays, l'offre de traitement d'entretien avec substitution en prison n'est pas la même qu'en dehors du milieu carcéral. Le traitement d'entretien n'est répandu qu'en Espagne, où il est suivi par 18 % de l'ensemble des détenus, soit 82 % des usagers de drogue à problème incarcérés. Le Luxembourg a également un taux de couverture élevé. Certains pays comme la France (essentiellement avec la buprénorphine) et l'Irlande font état d'une hausse considérable de la disponibilité des traitements médicalement assistés (rapports nationaux Reitox). Aux Pays-Bas, les traitements médicalement assistés ne sont disponibles que pour les détenus de courte durée qui prenaient de la méthadone avant leur incarcération, tandis qu'en Pologne, le premier programme de traitement à la méthadone a été introduit dans un centre de détention provisoire et proposé à 14 patients.

Nouveaux développements dans la lutte contre la propagation des maladies infectieuses en milieu carcéral

En Estonie, la prévention de la propagation du VIH s'est améliorée en 2003. Le nombre de tests VIH primaires a été multiplié par 2,6 par rapport à 2002, bien que le nombre de tests positifs n'ait que légèrement progressé. Les services de conseils préalables et postérieurs aux tests se sont également améliorés, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. En Roumanie, des programmes visant à prévenir la propagation du VIH/sida dans les prisons et parmi les détenus ont été mis en œuvre en coopération avec plusieurs organisations non gouvernementales internationales.

L'Espagne est le seul pays qui applique systématiquement des programmes d'échange de seringues dans les prisons. En 2003, ces programmes ont distribué 18 260 seringues. La mise en œuvre de programmes similaires n'est actuellement pas prévue dans d'autres États membres ou pays candidats.

⁽¹⁸⁷⁾ Voir tableau DUP-2 du bulletin statistique 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Voir tableau DUP-4 du bulletin statistique 2005.

Alternatives à l’incarcération: cibler les délinquants usagers de drogue à problème, extrait du Rapport annuel 2005 de l’OEDT — Questions particulières

La prison est un environnement particulièrement néfaste pour les usagers de drogue à problème. Un large consensus politique existe d’ailleurs sur le principe d’un traitement comme solution alternative à la prison. Les alternatives à la prison qui peuvent être proposées à des délinquants usagers de drogue englobent un large éventail de sanctions visant à retarder, éviter, remplacer ou compléter les peines de prison pour les usagers de drogue qui ont commis un délit normalement passible d’une peine de prison en vertu du droit national. Cette question particulière est consacrée aux mesures intégrant un volet de traitement de l’usage de drogue.

Depuis les années 60, les accords, les stratégies et les plans d’action des Nations unies et de l’UE ont, à plusieurs reprises, réaffirmé et renforcé le principe de traitement, d’éducation et de réhabilitation en tant qu’alternative à la condamnation et à la sanction de crimes et délits liés à la drogue. Ce principe a été transposé dans le droit national des États membres de l’UE, et les systèmes de justice pénale tout comme les services sociaux et les systèmes de soins de santé ont été adaptés en conséquence. Les jeunes usagers de drogue sont particulièrement exposés au cercle vicieux de la drogue et de la criminalité, et il existe une volonté particulière d’éviter la prison aux jeunes délinquants.

La mise en place de mesures alternatives à l’incarcération rencontre toutefois certaines difficultés en raison des différents systèmes administratifs concernés et des principes différents qui les sous-tendent. Des efforts sont consentis afin de combler le fossé entre le système judiciaire et les services sanitaires et sociaux grâce à des structures et à des initiatives coordonnées entre la police, les tribunaux et

les prisons et les services de traitement de la toxicomanie. Souvent, des mécanismes informels de coopération au niveau local ont été les précurseurs de formes de coopération institutionnalisées plus permanentes.

Le recours aux alternatives à la prison s’est développé au cours des dernières décennies dans l’EU-15 et s’est récemment stabilisé dans certains États membres, alors que la législation et la mise en œuvre d’alternatives ont débuté plus tard dans les «nouveaux» États membres. Généralement, le système de traitement le plus courant est utilisé pour traiter les délinquants qui sont des usagers de drogue à problème. Dans la plupart des pays, le traitement est généralement dispensé dans des centres résidentiels, mais il est possible de suivre des programmes de soins ambulatoires.

Les études européennes d’évaluation du traitement comme alternative à l’incarcération sont rares et en partie non concluantes. Cependant, comme le montrent d’autres recherches sur le traitement, la rétention en traitement semble être un indicateur essentiel de succès, et les pourcentages d’abandon sont l’un des principaux problèmes des alternatives à la prison. Certains éléments donnent à penser que c’est la qualité du traitement proposé et non le chemin que prend le patient pour arriver au traitement qui est importante pour la réussite de ce dernier. Le traitement en tant qu’alternative à l’incarcération semble mieux fonctionner lorsque les usagers de drogue sont motivés et lorsque les centres de soins appliquent de bonnes pratiques cliniques et disposent d’un personnel suffisant et qualifié.

Cette question particulière est disponible sur support papier et sur l’internet en anglais uniquement: «Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU», *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Références

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londres.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londres.
- Ashton, M. (2003), «The American STAR comes to England», *Drug and Alcohol Findings* 8, p. 21-26.
- Aspect Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M., e.a. (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, 6^e conférence Europad, Paris.
- Becoña, E. (2002), *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S., et Rotily, M. (2002), «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates behavioural risks — Results from European prisons», *Howard Journal* 41 (2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*, BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A., et Aavitsland, P. (2005), «Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities», *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G. J. (2000), «Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors», *Addictive Behaviours* 25, p. 887-897.
- Bovenkerk, F., et Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., e.a. (2005), «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Espagne», *Addiction*, sous presse.
- Butler, G. K. L., et Montgomery, A. M. J. (2004), «Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use», *Drug and Alcohol Dependence* 76, p. 55-62.
- Butters, J. E. (2004), «The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, p. 381-390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., e.a. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., et Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londres.
- CND (2004), *Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogues: rapport au Secrétariat*, Commission des stupéfiants, Conseil économique et social des Nations unies, Vienne.
- CND (2005), *Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogues: rapport au Secrétariat*, Commission des stupéfiants, Conseil économique et social des Nations unies, Vienne.
- Cuijpers, P., e.a. (2002), «The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project», *Addiction* 97, p. 67-73.
- Cunningham, J. A. (2001), «Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study», *Journal of Studies on Alcohol* 62, p. 228-233.
- De Wit, A., et Bos, J. (2004) «Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature», in *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, p. 329-343.
- Drug Misuse Research Division (2004), «Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002», *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- Eurobaromètre (2004), «Les jeunes et la drogue», *Flash Eurobaromètre 158*, Taylor Nelson Sofres, direction générale Presse et communication, Commission européenne, Bruxelles.
- EuroHIV (Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida) (2004), «Surveillance du VIH/sida en Europe», *Rapport annuel 2003*, n° 70, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Statistiques de la santé: chiffres clés sur la santé 2002*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, p. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., e.a. (2004), «Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions», *BMJ* 328, p. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienne.
- Ghuran, A., et Nolan, J. (2000), «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart* 83, p. 627-633.
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londres (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R., et Ali, R. (2005), «Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection» (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (www.thecochranelibrary.com).
- Haasen, C. (2003), discours lors de la «Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000-2004» à l'OEDT, novembre 2003.

- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., e.a. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., e.a. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) et groupe Pompidou du Conseil de l'Europe.
- Hwang, S. (2001), «Mental illness and mortality among homeless people», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, p. 81-82.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES, Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., et Whiteside, H. O. (2003), «Family-based interventions for substance use and misuse prevention», *Substance Use and Misuse* 38, p. 1759-1787.
- Leppin, A. (2004), *Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung «Qualität schulischer Suchtprävention»*, le 20 avril 2004 à Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C., et Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., e.a. (2005), «Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences», *Epidemiology and Infection* 133, p. 127-136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., e.a. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L., et De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaine hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F., et Paddock, S. M. (2002), «Reassessing the marijuana gateway effect», *Addiction* 97, p. 1493-1504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), «New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers», communiqué de presse du 13 juin 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), «54 per cent more drug misusers get treatment in England», communiqué de presse du 30 septembre 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- OEDT (2001), «Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths», projet CT.99.RTX.04, coordonné par le Trimbos Institute, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2003), «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000», CT.00.RTX.23, coordonné par l'Institut für Therapieforschung, Munich, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=1372>).
- OEDT (2004a), *Rapport annuel 2004: l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004b), «Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options», *EMCDDA Monographs 7*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=428>).
- OEDT (2004c), *Objectif drogues n° 13*, «Les surdoses: l'une des principales causes de décès évitables chez les jeunes», Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OICS (2005), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2004*, Organe international de contrôle des stupéfiants des Nations unies, New York.
- OMS (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organisation mondiale de la santé, programme sur l'abus de substances psychoactives, division «Santé mentale et abus de substances psychoactives», Genève.
- OMS (2004), «Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, projet final, mars 2005, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS, Bureau régional de l'Europe (2002), *Prisons, drugs and society, a consensus statement on principles, policies and practices*, Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ONUDD (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDD (2003a), *Tendances mondiales des drogues illicites 2003*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDD (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDD et gouvernement du Maroc (2003), *Maroc: enquête sur le cannabis 2003*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A., et Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J., et Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, institut Trimbos, Utrecht.
- 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.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Rapports nationaux Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=435>).
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L., et Baer, J. (2000), «Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education», *Journal of Drug Education* 30, p. 399-421.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., e.a. (2003), «Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, p. 303-329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T., et Van Laar, M. (2004), «Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004», institut Trimbos/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- Samhsa, Office of Applied Studies, *2003 National Survey on Drug Use and Health* (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Solberg, U., Burkhart, G., et Nilson, M. (2002), «An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norvège», *International Journal of Drug Policy* 13, p. 477-484.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J., et Fiellin, D. A. (2005), «Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users», *Addiction* 100, p. 150-158.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., e.a. (2004), «The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention», *Substance Use and Misuse* 39, p. 1971-2016.
- Taylor, B. J. (2000), «Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the adolescent alcohol prevention trial», *Prevention Science* 1, p. 183-197.
- Terweij, M., et Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 2005 — État du phénomène de la drogue en Europe

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes
2005 — 90 p. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-228-4

VENTE ET ABONNEMENTS

Les publications payantes éditées par l'Office des publications sont disponibles auprès de ses bureaux de vente répartis partout dans le monde. Passez commande auprès d'un de ces bureaux, dont vous pouvez vous procurer la liste:

- en consultant le site internet de l'Office (<http://publications.eu.int/>),
- en la demandant par télécopie au (352) 29 29-42758.

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organismes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source centrale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations 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 2005 présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur le phénomène de la drogue dans l'Union européenne, et il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.