

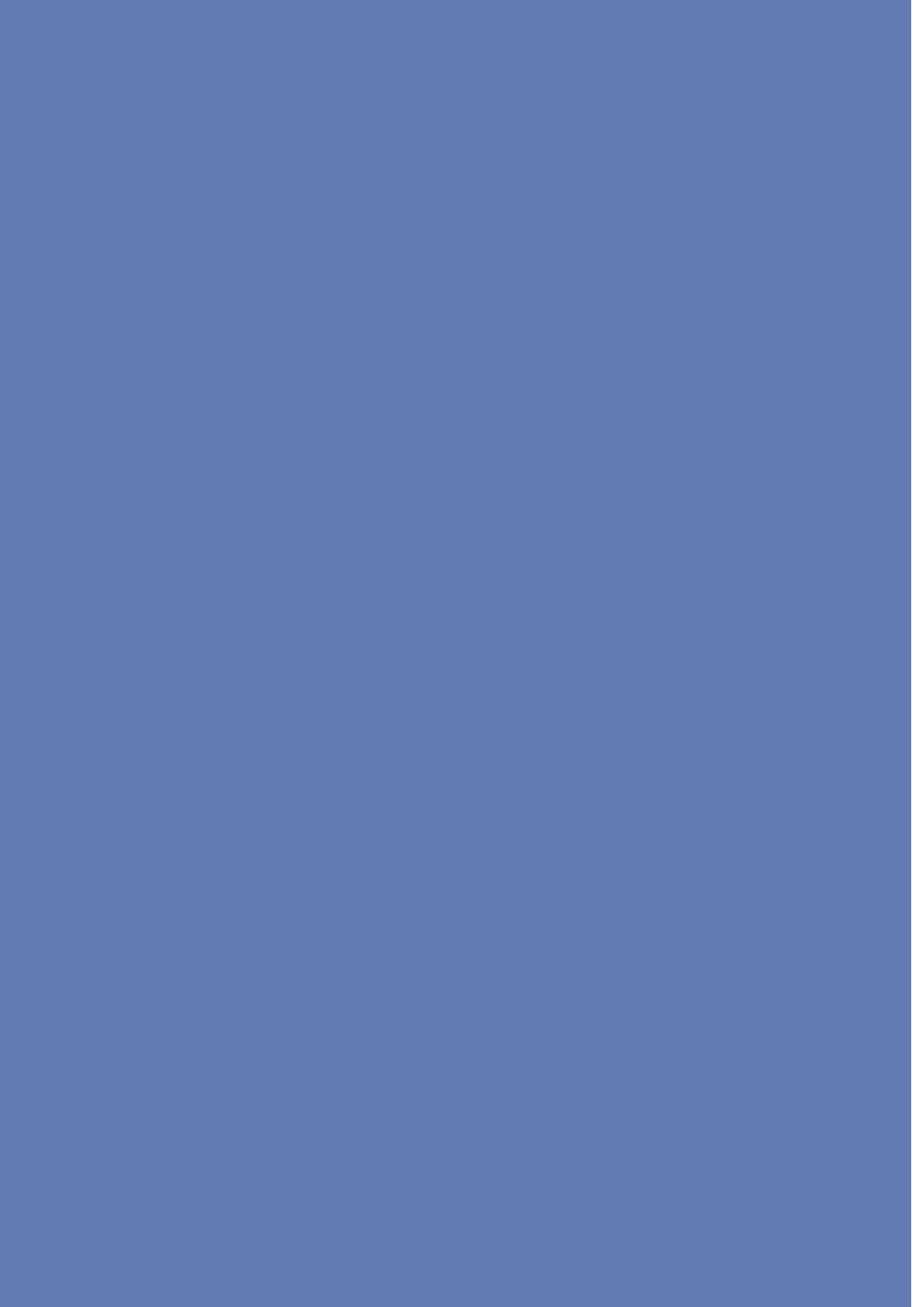


Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

ISSN 1609-6142

RAPPORT ANNUEL 2009

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE





Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2009

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE

Avis juridique

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

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

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

Un numéro unique gratuit (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

Ce rapport est disponible en allemand, anglais, bulgare, danois, espagnol, estonien, finnois, français, grec, hongrois, italien, letton, lituanien, néerlandais, polonais, portugais, roumain, slovaque, slovène, tchèque, suédois, turc 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 l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2009

ISBN 978-92-9168-386-4

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2009

Reproduction autorisée moyennant mention de la source.

Printed in Luxembourg

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

Cais do Sodré, 1249-289 Lisbonne, Portugal
Tél. (351) 211210200 • Fax (351) 218131711
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Remarques préliminaires	9
Commentaire — Une cible mouvante — Le défi du développement d'une politique pragmatique en réponse à un problème de drogue en constante évolution	11
Chapitre 1: Politiques et législations Évolution des politiques internationales et européennes • Stratégies et plans d'action antidrogue nationaux • Dépenses publiques • Législation nationale • Recherche en matière de drogue	19
Chapitre 2: La réponse au problème de la drogue en Europe — Vue d'ensemble Prévention • Traitement • Réduction des risques • Réinsertion sociale • Répression antidrogue et infractions liées à la drogue • Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral	28
Chapitre 3: Cannabis Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Traitement	41
Chapitre 4: Amphétamines, ecstasy et substances hallucinogènes Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Amphétamines et ecstasy dans les espaces récréatifs: consommation et interventions • Traitement	54
Chapitre 5: Cocaïne et crack Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé • Consommation problématique de cocaïne et demandes de traitement • Traitement et réduction des risques	66
Chapitre 6: Consommation d'opiacés et injection de drogue Offre et disponibilité d'héroïne • Estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés • Consommation de drogue par voie intraveineuse • Traitement de l'usage problématique d'opiacés	78
Chapitre 7: Maladies infectieuses et décès liés à la drogue Maladies infectieuses liées à la drogue • Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées • Mortalité et décès liés à la drogue • Réduction du nombre de décès liés à la drogue	88
Chapitre 8: Nouvelles drogues et tendances émergentes Action de l'Union européenne sur les nouvelles drogues • «Spice» et cannabinoïdes synthétiques connexes • L'internet: une foire aux substances psychoactives • Suivi des substances	101
Références	107



Préface

Le présent rapport propose une évaluation actualisée et détaillée du phénomène de la drogue en Europe, et nous exprimons à cet égard toute notre gratitude à tous ceux, au sein de nos équipes, qui ont travaillé si dur à sa mise au point. Il convient cependant de noter que la force de ce document ne tient pas uniquement à notre travail effectué ici, à Lisbonne, mais plus fondamentalement aux efforts déployés au sein des États membres dans le but de développer un système d'information à la fois fiable et exhaustif. Nous estimons que ce système de surveillance, outre sa contribution importante à la tenue d'un débat mature et éclairé sur le problème des drogues, autorise la mise en place de politiques mieux pensées et plus efficaces.

De telles politiques deviennent chaque jour plus nécessaires, car les défis rencontrés dans ce domaine sont de plus en plus complexes. Le caractère dynamique du problème des drogues, thème récurrent tout au long de ce rapport, nous oblige à adapter notre vision à l'évolution des conditions auxquelles nous sommes confrontés.

Cela fait quinze ans cette année que l'OEDT s'attache à collecter des informations sur le problème des drogues en Europe et à rendre compte de l'état du phénomène. Pour célébrer cet anniversaire, l'Observatoire a récemment pris l'initiative de réunir à Lisbonne, dans le cadre d'une conférence intitulée « Identifier les besoins en information de l'Europe en vue d'une politique de drogues efficace », un parterre de scientifiques, de professionnels et de décideurs politiques venus de toute l'Europe et au-delà, afin de nous aider à décrire et évaluer la base de connaissance disponible dans le domaine des drogues, ainsi qu'à identifier les besoins d'information actuels et futurs.

Cette conférence a mis en lumière le formidable laboratoire développé par l'Europe pour l'étude et la compréhension de l'usage des drogues et le développement de réponses appropriées au problème, instrument qui nous offre aujourd'hui de formidables opportunités d'apprentissage collectif et de partage des connaissances. Nulle part ailleurs, on ne trouve un ensemble aussi vaste de pays de cultures différentes réunis par une même détermination à améliorer leur compréhension de ce problème social complexe ainsi que leurs moyens d'y répondre. La mise au point d'un système transversal de surveillance des drogues, qui couvre trente pays et une population totale de plus d'un demi-milliard de personnes, est une parfaite illustration de cette volonté commune. Cette détermination transparaît également dans la stratégie et le plan d'action drogue de l'Union européenne (UE), des outils qui s'attachent à faire le point sur les informations disponibles et à en déduire des actions concrètes et collectives. Cet aspect s'avère particulièrement important aujourd'hui, alors que les États membres font face à des choix difficiles en matière de priorités budgétaires et mettent plus que jamais en avant la nécessité de tirer un bénéfice maximal des investissements consentis. Nous sommes convaincus que le présent rapport sera à cet égard

d'une grande utilité. Nous nous engageons en outre à ce que l'identification des pratiques efficaces en matière de lutte contre la drogue occupe une place de plus en plus importante à l'avenir dans les activités de l'OEDT.

La conférence a également identifié un certain nombre de questions importantes, qui sont reprises dans l'analyse présentée ici. Nos systèmes d'information doivent être plus performants en matière d'identification, de suivi et d'analyse des nouvelles tendances. Pour autant, il est essentiel que notre communication reste précise, étayée et non alarmiste. La nécessité de réunir les questions liées à l'offre et à la demande au sein de notre analyse a également été soulignée. Dans le rapport publié cette année, nous mettons en avant une analyse des indicateurs relatifs à l'offre et au marché des drogues. Nous restons cependant prudents. En effet, les efforts déployés afin d'améliorer la qualité, la fiabilité et la comparabilité des bases de données européennes disponibles dans ce domaine s'avèrent encore insuffisants. Ce problème est aujourd'hui largement reconnu, et nous nous efforçons de travailler avec nos partenaires nationaux et européens afin d'y remédier.

Le rapport publié cette année montre, notamment, que l'évaluation du phénomène de la drogue en Europe requiert une compréhension à la fois de ses caractéristiques nationales, de ses spécificités sous-régionales et, de plus en plus, des tendances communes observables au niveau européen ou même mondial. Pour les actions à venir, nous devons mieux décrire cette relation complexe, ce qui nous permettra non seulement de comprendre les facteurs qui peuvent favoriser l'expansion des problèmes liés à la drogue ou leur faire obstacle, mais également d'alimenter notre réflexion sur le développement d'interventions appropriées.

Enfin, il convient de signaler que l'Union européenne et les Nations unies ont actualisé leur stratégie antidrogue pratiquement au même moment, à la fin de 2008 et au début de 2009. Le nouveau plan d'action contre la drogue de l'UE ainsi que la nouvelle déclaration politique et le nouveau plan d'action des Nations unies en la matière reflètent tant d'un côté que de l'autre l'engagement pris à l'échelle internationale de réduire la consommation de stupéfiants et les dommages que cette consommation peut engendrer. Ces objectifs représentent un défi majeur, qui ne pourra être relevé que si les actions prévues sont largement mises en œuvre. Un suivi et une évaluation appropriés, en tant que moyens de maintenir nos politiques sur la bonne voie et de prendre acte des progrès accomplis, sont indispensables à ce processus.

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 organisations suivantes pour leur contribution à la production de ce rapport:

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

Points focaux nationaux Reitox

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

Les coordonnées des points focaux nationaux sont disponibles à l'adresse:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Remarques préliminaires

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats, la Croatie et la Turquie sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2007 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée.

Les prix de vente au détail des drogues communiqués à l'OEDT correspondent aux prix payés par le consommateur. Pour la plupart des pays, les rapports relatifs à la pureté ou à la puissance des substances se fondent sur un échantillon de toutes les drogues saisies. Il n'est généralement pas possible d'établir une corrélation entre les données communiquées et un niveau spécifique du marché de la drogue. Concernant la pureté, la puissance et les prix de vente au détail, toutes les analyses se fondent sur les valeurs moyennes ou modales communiquées ou, en l'absence de telles données, sur des valeurs médianes.

Les rapports relatifs à la prévalence de l'usage des drogues basés sur des enquêtes réalisées au sein de la population générale se réfèrent principalement à la population nationale dans la tranche d'âge comprise entre 15 et 64 ans. Certains pays ont recours à d'autres limites d'âge supérieur/inférieur, dont: la Bulgarie (18-60), la République tchèque (18), le Danemark (16), l'Allemagne (18), la Hongrie (18-59), Malte (18), la Suède (16) et le Royaume-Uni (16-59). Les données concernant la prévalence au Royaume-Uni renvoient à l'Angleterre et au pays de Galles.

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

L'analyse des tendances ne repose que sur les pays ayant fourni des données suffisantes pour rendre compte des modifications intervenues au cours de la période donnée. Les chiffres de 2006 peuvent être utilisés en remplacement des valeurs manquantes pour 2007 dans l'analyse des tendances du marché de la drogue. Pour les autres tendances, les données manquantes peuvent être interpolées. Les tendances en matière de prix sont adaptées à l'inflation en vigueur au niveau national.

Les informations sur la disponibilité et la mise en œuvre des différentes interventions en Europe sont généralement basées sur l'avis informé d'experts nationaux recueilli grâce à des questionnaires structurés.

Le terme «rapports», dans le contexte des violations de la législation antidrogue, peut renvoyer à des réalités différentes selon le pays.

Le rapport annuel en ligne peut être téléchargé dans 23 langues à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Le bulletin statistique 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) contient la série complète des tableaux sources sur lesquels est basée l'analyse statistique présentée dans le rapport annuel. Il comporte également des détails complémentaires sur la méthodologie utilisée et quelque 100 diagrammes statistiques supplémentaires.

Les vues d'ensemble par pays (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) offrent une synthèse graphique de haut niveau des principaux aspects de la situation des drogues dans chaque pays.

Les rapports nationaux des points focaux Reitox fournissent une description détaillée et une analyse de la problématique de la drogue dans chaque pays; ils sont disponibles sur le site internet de l'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Commentaire

Une cible mouvante — Le défi du développement d'une politique pragmatique en réponse à un problème de drogue en constante évolution

Le consensus politique permet d'élaborer un plan d'action plus ciblé contre la drogue

Le présent rapport couvre une période importante pour la politique antidrogue, à la fois en Europe et dans le reste du monde. Au sein de l'Union européenne, nous avons assisté à l'évaluation du plan d'action contre la drogue 2005-2008 — le cinquième depuis 1990 — ainsi qu'à l'élaboration et au lancement de son successeur, applicable de 2009 à 2012. Même si ce sont souvent les différences entre les politiques antidrogue des États membres qui retiennent l'attention, d'un point de vue historique, le fort consensus qui ressort désormais nettement des discussions menées à l'échelle européenne est frappant. Les États membres ont encore parfois des perspectives politiques différentes, ce qui reflète, dans une certaine mesure, la diversité des réalités nationales en présence. Cependant, sur de nombreux sujets, le débat apparaît de plus en plus mature et consensuel. C'est dans ce contexte que l'UE a mis au point son nouveau plan d'action, que l'on peut qualifier de «pragmatique, déterminé et ciblé». Cette approche trouve sa traduction concrète dans l'attention accordée à certains domaines d'action spécifiques tels que la prévention des décès liés à la drogue, le travail mené dans les prisons, ou encore l'amélioration de la qualité des traitements et autres interventions.

Sur le plan international, les discussions qui ont abouti à l'adoption d'une nouvelle déclaration politique et d'un nouveau plan d'action des Nations unies visant à lutter contre le problème mondial de la drogue, à la suite de l'examen des objectifs définis lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (Ungass) de 1998, ont suscité un intérêt considérable de la part du public et des professionnels. À l'occasion de ce débat, l'Europe s'est exprimée d'une voix forte en faveur de politiques antidrogue équilibrées, scientifiquement fondées et humaines, contribuant ainsi au maintien, dans l'accord final, des éléments clés de progression des documents originaux de l'Ungass de 1998. Même si les discussions au sein des Nations unies se sont parfois révélées animées, reflétant des positions politiques et

idéologiques tranchées, certains signes ont également démontré qu'une approche plus pragmatique et raisonnée de l'identification des actions efficaces était peut-être en train de gagner du terrain. Par exemple, les États-Unis ont assoupli leur position en ce qui concerne la mise à disposition de matériel d'injection stérile, dans l'optique de réduire le risque d'infections à diffusion hémotogène, tenant ainsi compte de l'accumulation des données scientifiques plaidant en faveur de cette pratique. Par ailleurs, de manière générale, de récentes déclarations politiques semblent indiquer que les États-Unis se rapprochent du modèle européen. La réunion de l'Ungass a également permis d'aboutir à un large consensus quant à la nécessité de mettre en place un suivi efficace du phénomène de la drogue au niveau mondial, compte tenu en particulier de son expansion continue dans les pays en voie de développement et les pays en transition. Le mécanisme de supervision développé afin d'évaluer la mise en œuvre des plans d'action de l'Ungass a certes été critiqué mais, avec la fin de ce mécanisme, ce sont d'importants domaines de travail, en particulier ceux qui concernent les mesures de réduction de la demande, qui sont exclus de l'actuel cadre de supervision mondiale. Cette question devrait figurer en bonne place à l'ordre du jour de la prochaine session de la Commission des stupéfiants.

Les pratiques répressives confrontées à des objectifs politiques concurrents

La répression en matière de stupéfiants constitue un thème de tout premier ordre dans le rapport publié cette année, et une «question particulière» (*selected issue*) est consacrée aux sanctions et autres conséquences pour les personnes accusées d'enfreindre la loi. Le nombre d'infractions à la législation sur les stupéfiants signalées en Europe continue à augmenter. Et même si les données sont difficiles à interpréter, cette observation amène à s'interroger sur l'adéquation des pratiques répressives au vu des objectifs politiques établis dans ce domaine.

D'une manière générale, l'idée que la priorité doit être avant tout de cibler l'offre (trafic, deal) plutôt que la

demande (détention, usage) de stupéfiants a tendance à faire son chemin dans le débat politique européen. Ainsi, certains pays ont alourdi les peines applicables aux infractions liées à l'offre de drogue ou introduit des peines planchers en la matière. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure cet accent mis sur le trafic de drogue plutôt que sur la consommation trouve sa traduction dans la pratique répressive. Le nombre d'infractions liées à l'offre de drogue ne dépasse celui des infractions liées à la demande de drogue que dans très peu de pays. Dans l'ensemble, le nombre d'infractions liées à l'offre de drogue a augmenté, mais le nombre d'infractions liées à la détention ou à l'usage de drogue a également augmenté, et même plus fortement. Par ailleurs, en Europe, la réalité des infractions liées à l'offre de drogue est plus contrastée que celle des infractions liées à la demande, et la moitié des pays notificateurs observent une baisse des infractions liées à l'offre dans les données à moyen terme.

L'analyse minutieuse des réponses apportées aux infractions à la législation sur les stupéfiants en Europe qui accompagne ce rapport étudie les sanctions imposées aux contrevenants. Les peines privatives de liberté sont courantes dans les situations d'infraction liée à l'offre de drogue, mais ce sont généralement les plus faibles des peines prévues qui sont infligées (trois années ou moins en moyenne). Ce phénomène traduit peut-être simplement le fait que la plupart des personnes inculpées se trouvent à l'extrémité de la chaîne d'approvisionnement: il s'agit par exemple de dealers de rue ou de toxicomanes qui vendent eux-mêmes des stupéfiants pour financer leur consommation. Ce constat n'est pas sans conséquences pour le développement de lignes directrices en matière de peines planchers, s'il s'agit de dissuader les criminels de haut vol de s'investir dans le trafic de stupéfiants.

Dans la plupart des pays, on inflige rarement des peines privatives de liberté pour usage ou détention de drogue. Une faible proportion des personnes conduites devant un tribunal se voit infliger une peine de prison immédiate, probablement du fait de circonstances aggravantes. Cela signifie que de plus en plus de consommateurs de stupéfiants se retrouvent aux prises avec le système de justice pénale pour ne recevoir qu'une sanction mineure ou administrative. Outre le possible effet dissuasif de ce genre d'action, on peut se demander si ce contact avec certains groupes de consommateurs de stupéfiants ne constitue pas également une occasion perdue de mise en œuvre d'autres activités de réduction de la demande. Certains pays ont développé des approches innovantes en la matière mais, dans l'ensemble, ces dernières demeurent rares.

Les personnes convaincues d'infractions à la législation sur les stupéfiants représentant potentiellement un groupe diversifié, l'évaluation des besoins constitue une question particulièrement importante pour le développement de services dans ce domaine. En ce qui concerne les interventions sanitaires, il peut s'agir aussi bien d'approches de prévention, d'éducation et de réduction des risques que d'interventions courtes et, lorsque cela se justifie, d'un renvoi vers des services de traitement spécialisé et d'aide sociale. Le développement d'un modèle exploitable, visant à garantir le renvoi vers les services appropriés, est susceptible de poser des problèmes en termes d'organisation. Le Portugal a choisi une méthode quelque peu originale pour traiter ce problème. La consommation de stupéfiants ne fait plus l'objet de sanctions pénales, et les personnes trouvées en possession de stupéfiants sont directement renvoyées, à des fins d'évaluation de leurs besoins, devant un tribunal spécial appelé «commission pour la dissuasion de la toxicomanie». Ce tribunal peut infliger des amendes, mais la sanction ne constitue pas son objectif principal. Ce système est en place depuis maintenant huit ans. Les données disponibles ne semblent pas venir étayer les craintes manifestées à l'origine que cette approche ne conduise à une augmentation du narco-tourisme et des niveaux de consommation.

Interventions sanitaires et curatives: d'une approche standard à un ensemble de mesures ciblées

Les services destinés aux consommateurs de stupéfiants en Europe sont de plus en plus diversifiés et sont proposés dans le cadre d'un ensemble intégré de soins. Cette constatation vaut pour la théorie comme pour la pratique. Par exemple, les interventions liées à la réduction des risques et les interventions curatives sont de plus en plus liées et proposées par les mêmes prestataires. Malgré l'importance largement reconnue de la réintégration sociale, peu de choses sont encore en place sur ce point, et les consommateurs de stupéfiants se heurtent toujours à des difficultés considérables lorsqu'il s'agit de trouver un emploi et un logement décent et d'envisager un mode de vie nouveau.

Même si des progrès ont été accomplis en Europe dans le domaine du traitement des toxicomanes, ils s'avèrent contrastés, que ce soit en termes de substances prises en charge ou de couverture géographique. Les avancées les plus remarquables ont été enregistrées dans le domaine des traitements de substitution aux opiacés, avec une population traitée proche aujourd'hui de 650 000 individus et qui continue à augmenter. Toutefois, dans son ensemble, l'Europe de l'Est ne contribue que

dans une faible proportion à ces résultats, ce qui laisse penser qu'existe le besoin de développer les services disponibles dans certains pays. L'exemple d'un certain nombre de pays montre que l'implication des médecins généralistes peut contribuer au développement de l'accès aux traitements. Le modèle des soins partagés entre généraliste et centre spécialisé apporte au généraliste l'appui dont il a besoin, tout en garantissant la qualité du traitement.

Même si, dans la plupart des pays, il est théoriquement possible de poursuivre ou de débiter un traitement de substitution en prison, cela s'avère souvent difficile dans la pratique. Au vu du nombre de consommateurs de stupéfiants que comptent les prisons européennes, il devient urgent d'y développer les opportunités de traitement de tous types. Bien que reconnue dans le plan d'action de l'Union européenne, cette urgence reste actuellement négligée dans la plupart des pays.

Pour les stupéfiants autres que les opiacés, la disponibilité de services appropriés et notre compréhension des pratiques efficaces en matière de soins sont moindres en Europe. Toutefois, ce problème commence à être reconnu, comme en témoigne l'augmentation du nombre de projets de recherche et de programmes pilotes européens actuellement consacrés aux besoins en matière de traitement des consommateurs de stimulants et de cannabis. En outre, si les avancées des neurosciences ont grandement amélioré notre compréhension des mécanismes biologiques de la dépendance, elles commencent aussi aujourd'hui à faciliter la mise au point d'approches innovantes. Citons, entre autres, ce vaccin contre la cocaïne qui fait aujourd'hui l'objet d'un essai sur une grande échelle en Europe. Les avancées des technologies de l'information ont également favorisé l'avènement d'outils innovants, tels que les programmes de traitement basés sur l'internet ou encore la messagerie textuelle.

De nouveaux éléments montrent que l'Europe entre dans une période de baisse de la consommation de cannabis

La consommation de cannabis a considérablement augmenté au cours des années 90, à tel point qu'aujourd'hui, presque un quart des adultes européens affirme avoir déjà consommé cette drogue au moins une fois dans sa vie. La situation a ensuite commencé à se stabiliser, et les données les plus récentes viennent largement étayer l'analyse présentée dans le rapport publié l'année dernière, qui faisait état d'une baisse générale de la consommation de cette drogue. Les derniers résultats du projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et

d'autres drogues sont particulièrement intéressants, car ils apportent un éclairage sur l'évolution chronologique de la consommation de stupéfiants chez les élèves. Les modèles observés ici sont susceptibles de se retrouver plus tard dans les classes d'âge plus élevées. Il est intéressant de constater que, si des modèles temporels différents pouvaient être observés dans l'évolution haussière de la consommation de cannabis par le passé, ce schéma tend aujourd'hui à se répéter en sens inverse. Par exemple, le Royaume-Uni a été l'un des premiers pays à enregistrer des niveaux de prévalence élevés, mais également l'un des premiers à faire état d'une baisse de la consommation. Ce modèle se retrouve aujourd'hui dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. En Europe de l'Est, jusqu'à une date récente, la consommation a poursuivi son augmentation dans la plupart des pays. Cependant, même dans ces pays, il existe des signes de stabilisation chez les jeunes, et si le modèle déjà observé se répète, une baisse conséquente est possible.

Il est fondamental de comprendre les facteurs qui influencent la popularité d'une drogue telle que le cannabis. Il convient toutefois d'être prudent et de veiller à ne pas conclure de façon trop hâtive et simpliste. Les politiques nationales et communautaires ont peut-être contribué à influencer ces évolutions, mais une baisse des niveaux de consommation est également observée aux États-Unis et en Australie, ce qui semble indiquer que des facteurs socioculturels plus larges sont probablement à prendre en compte. Un petit groupe de pays se distingue au milieu de cette tendance européenne, principalement situés dans le nord et le sud de l'Europe, où les niveaux de consommation de cannabis sont restés faibles et stables pendant un certain temps. La compréhension des facteurs de protection à l'œuvre dans ces pays serait également d'un grand intérêt. Mais, là encore, l'analyse devra tenir pleinement compte des facteurs culturels, sociaux et historiques impliqués et examiner l'influence des politiques sociales et des politiques antidrogue mises en œuvre.

Contrairement à ce qui est observé pour les données relatives aux niveaux généraux de consommation, l'analyse la plus récente des modèles de consommation problématique de cannabis en Europe est plus contrastée et moins encourageante. Ce qui doit ici attirer notre attention, c'est que nous manquons à l'heure actuelle de mesures satisfaisantes concernant la consommation problématique ou dépendante. Même si des progrès sont observés en la matière, nous devons nous baser sur des mesures plus indirectes. Le nombre de nouvelles demandes de traitement liées au cannabis semble désormais se stabiliser, après une augmentation régulière de plusieurs années. Cependant, il n'est pas vraiment possible d'indiquer dans quelle mesure

cette tendance reflète les modèles de consommation ou la capacité des services. À l'heure actuelle, le meilleur indicateur comportemental de la consommation problématique de cannabis nous est fourni par une extrapolation des estimations du nombre de consommateurs quotidiens de cette drogue. Concernant la consommation quotidienne, les tendances sont difficiles à évaluer, mais les données disponibles ne semblent pas indiquer de baisse générale. L'OEDT estime que 2 à 2,5 % des jeunes adultes consomment du cannabis de manière quotidienne ou quasi quotidienne, avec des niveaux bien plus élevés observés chez les jeunes hommes. Cela représente une population à risque importante et souligne la nécessité de mieux comprendre les besoins de ce groupe en matière de services.

Héroïne et cocaïne: aucun signe fort de recul

Peu d'éléments semblent suggérer une amélioration de la situation sur le front de la consommation d'héroïne et de cocaïne, les deux substances qui restent au cœur du problème de la toxicomanie en Europe. Cela dit, il est compliqué de dresser un panorama clair de la situation dans ce domaine, étant donné les difficultés rencontrées pour concilier les informations que nous fournissent les différents indicateurs. Ce problème est particulièrement flagrant pour la cocaïne, produit pour lequel les données les plus récentes indiquent une baisse de la production estimée et des volumes saisis au sein de l'Union européenne, mais également une baisse du degré de pureté de la drogue vendue dans la rue dans la plupart des pays. Le Royaume-Uni — un pays où le marché de la cocaïne est vaste — a récemment observé des baisses considérables du degré de pureté de la drogue. Ces données pourraient laisser penser que la disponibilité de la cocaïne est en baisse, mais d'autres informations viennent mettre cette conclusion à mal. Le nombre de saisies de cette drogue continue à augmenter; les prix sont en baisse; et certains éléments semblent indiquer que de nouveaux itinéraires passant par l'Europe de l'Est sont utilisés dans le cadre du trafic, ce qui a peut-être gêné les efforts déployés en termes d'interdiction. En Europe, la consommation de cocaïne reste concentrée dans les pays de l'Ouest, où la tendance est généralement stable ou continue à augmenter. Toutefois, des éléments viennent indiquer que la drogue continue à se propager dans d'autres pays. Les demandes de traitement liées à la cocaïne sont également en augmentation. D'après les éléments disponibles, il est possible de conclure que les niveaux actuels de consommation restent élevés et ne baissent pas dans les zones où la drogue est bien implantée et continuent à augmenter ailleurs. Cependant,

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

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

Cannabis

Prévalence au cours de la vie:
au moins 74 millions (22 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 22,5 millions d'adultes européens ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois:
environ 12 millions d'Européens

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,4 à 14,6 %

Cocaïne

Prévalence au cours de la vie:
environ 13 millions (3,9 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois:
4 millions d'adultes européens ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois:
environ 1,5 million

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,0 à 3,1 %

Ecstasy

Prévalence au cours de la vie:
environ 10 millions (3,1 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 2,5 millions, soit un quart des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois:
moins de 1 million

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,1 à 3,5 %

Amphétamines

Prévalence au cours de la vie:
environ 12 millions (3,5 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 2 millions, soit un sixième des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois:
moins de 1 million

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,0 à 1,3 %

Opiacés

Consommateurs problématiques d'opiacés: entre 1,2 million et 1,5 million d'Européens, selon les estimations

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

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

Environ 650 000 consommateurs d'opiacés ont bénéficié d'un traitement de substitution en 2007.

il semble que les fournisseurs aient des difficultés à satisfaire la demande sur certains marchés majeurs. Une baisse de la production mondiale de cocaïne ayant été estimée, il sera intéressant de vérifier si des éléments plus concrets viennent, dans l'avenir, étayer l'hypothèse d'une baisse de la disponibilité de cette drogue.

L'héroïne est toujours à l'origine des taux de morbidité et de mortalité les plus importants en Europe. La consommation de cette drogue est généralement en baisse depuis le milieu/la fin des années 90, mais aujourd'hui la tendance n'est pas aussi claire et soulève çà et là des inquiétudes. Après des contractions importantes des marchés, le nombre de nouvelles demandes de traitement est en hausse depuis 2002, avec un nombre significatif de pays signalant aujourd'hui une augmentation du nombre et de la proportion des demandes de traitement liées aux substances opiacées. Les données concernant les décès liés à la drogue, lesquels sont largement associés à la consommation d'héroïne, ne fournissent pas non plus d'éléments permettant d'envisager un retour à la tendance à la baisse observée avant 2004. Les chiffres relatifs au nombre d'infractions à la législation antidrogue et aux saisies sont de surcroît en augmentation. Il est également inquiétant de constater que certains pays signalent des problèmes liés à l'héroïne chez des personnes jeunes, ce qui suggère que cette drogue pourrait atteindre de nouvelles populations. Somme toute, le fait que l'analyse positive de la tendance à la baisse des problèmes liés à l'héroïne ne soit plus de mise doit être considéré comme décevant. En outre, même si aucun élément n'indique actuellement un retour à la propagation épidémique de la consommation d'héroïne observée dans le passé, les problèmes sanitaires et sociaux posés par la consommation de cette drogue sont considérables. Les éléments indiquant que la situation est peut-être en train d'empirer sont particulièrement préoccupants, en particulier au moment où l'Europe entre dans une période de difficultés économiques.

La polytoxicomanie et la consommation concomitante d'alcool sont aujourd'hui les éléments constitutifs du problème de la drogue en Europe

Dans le cadre de la prévention de la toxicomanie, il est entendu depuis longtemps que les problèmes liés à la consommation de substances sont mieux traités au moyen d'une approche holistique et dans le contexte de styles de vie sains et de choix éclairés. Le discours sur la consommation de stupéfiants est, au contraire, plus souvent axé sur les substances elles-mêmes. Il est difficile de ne pas en arriver à la conclusion que cette perspective unidimensionnelle est de moins en moins utile à la

compréhension de la nature évolutive des modèles de consommation de substances en Europe. Les personnes qui consomment des stupéfiants ne se limitent presque jamais à une seule substance. À l'heure actuelle, en Europe, la polytoxicomanie constitue la norme, et cette consommation combinée de différentes substances est à l'origine de la plupart des problèmes que nous rencontrons, ou contribue à les compliquer. Le besoin est donc pressant de développer une perspective plus exhaustive, intégrée et «multisubstances», et ce afin de mieux comprendre la situation et de pouvoir concevoir et évaluer les réponses appropriées. Cela s'applique de la même façon au marché des stupéfiants. Les actions visant à réduire l'offre pour une seule substance sont clairement de peu de valeur si elles ne font qu'ouvrir la porte à un produit de substitution, qui peut même s'avérer plus dangereux.

Le rapport de cette année est assorti d'une «question particulière» sur le thème de la polytoxicomanie, qui analyse l'impact de la consommation de plusieurs substances au sein de différents groupes de consommateurs. Les résultats sont inquiétants. La consommation de plusieurs substances chez les jeunes augmente les risques de problèmes aigus et de développement d'une accoutumance chronique dans la vie future. Chez les consommateurs de stupéfiants plus âgés et réguliers, la polytoxicomanie est l'une des principales causes de surdoses, complique le traitement et s'accompagne souvent d'actes de violence et d'infractions. Les consommateurs européens ont également le choix entre des drogues de plus en plus nombreuses. Les éléments qui ressortent du présent rapport sont les suivants: l'augmentation du nombre de substances largement incontrôlées qui ciblent le marché du cannabis; l'innovation qui caractérise la production de drogues synthétiques; et les préoccupations grandissantes concernant l'utilisation détournée de médicaments délivrés sur ordonnance. En outre, il est aujourd'hui reconnu que la consommation concomitante d'alcool constitue l'un des éléments constitutifs du problème de la consommation de drogue en Europe. Ce phénomène est également observé dans l'ensemble des classes d'âge. En ce qui concerne les élèves, les dernières données indiquent une forte tendance à associer la prise rapide d'alcool (*binge drinking*) et la consommation de stupéfiants. Le *binge drinking* est également souvent associé à une consommation récréative de stupéfiants, ce qui augmente les risques de conséquences négatives pour les jeunes adultes. Chez les consommateurs chroniques de stupéfiants, la consommation excessive d'alcool est tellement courante qu'elle va souvent sans dire, et la coexistence d'une

dépendance à l'alcool est devenue un problème majeur à traiter pour les centres de désintoxication. Les effets de l'alcool peuvent être particulièrement nocifs pour les personnes dépendantes aux substances opiacées, car leur fonction hépatique peut être déjà détériorée du fait d'une infection hépatique, et le risque de surdose est alors élevé.

Innovation et disponibilité des précurseurs: des facteurs interdépendants qui ont un impact de plus en plus important sur le marché des drogues synthétiques

L'OEDT observe une situation de plus en plus complexe et changeante concernant la consommation de drogues synthétiques et la disponibilité de ces substances. Le marché des substances illicites et ses fournisseurs font preuve de beaucoup d'ingéniosité s'agissant des processus de production, du développement de nouveaux produits et des opportunités de commercialisation, et ils savent s'adapter rapidement aux mesures de contrôle. En outre, la sophistication accrue des méthodes de commercialisation des «alternatives légales» aux drogues illicites constitue une évolution préoccupante.

Les récents développements liés à la disponibilité de l'ecstasy reflètent bien, entre autres éléments, la volatilité du marché. Jusqu'en 2007, la plupart des comprimés d'ecstasy analysés en Europe contenaient de la 3,4-méthylènedioxyamphétamine (MDMA) ou une autre substance similaire à l'ecstasy. Toutefois, les premières données obtenues grâce au système d'alerte précoce depuis le début de l'année 2009 semblent indiquer que cette situation évolue dans certains États membres, tels que le Danemark et les Pays-Bas. Plus de la moitié des comprimés analysés dans ces pays ne contenaient pas de MDMA ni aucune de ses substances analogues. Les pilules contenaient en revanche de la 1-(3-chlorophényl)pipérazine (mCPP), seule ou combinée à une autre substance psychoactive. Même si la mCPP n'est pas mentionnée dans les conventions des Nations unies, elle a fait l'objet de mesures de contrôle dans certains États membres de l'UE. Les raisons de cette évolution du marché observée actuellement ne sont pas totalement claires. Toutefois, elle pourrait être due à une pénurie de 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (PMK), précurseur principal utilisé pour la synthèse de la MDMA. À ce jour, il est impossible de savoir si cette évolution est temporaire ou si elle marque une transition plus significative du marché de l'ecstasy. Le système d'alerte précoce de l'UE contrôle la mCPP depuis 2005. De plus, l'OEDT et Europol suivent de près les développements en la matière et produiront un rapport sur ce marché en 2010.

L'évolution du marché de l'ecstasy est peut-être révélatrice du succès grandissant de la lutte contre le détournement de produits chimiques précurseurs, laquelle est également susceptible de produire un impact important sur la disponibilité et la consommation des autres substances. Par exemple, certains signes témoignent que la méthamphétamine pourrait remplacer l'amphétamine dans certaines zones de l'Europe du Nord. Force est de constater, une fois encore, l'importance des facteurs du marché et des produits chimiques précurseurs, avec des sites de production de méthamphétamine qui semblent désormais situés en Lituanie, dont la situation géographique facilite l'importation de précurseurs — en l'occurrence le 1-phényl-2-propanone (BMK) — depuis des pays non membres de l'Union européenne. La situation dans les pays nordiques vient renforcer les préoccupations quant à une éventuelle diffusion de la consommation de méthamphétamine par-delà les frontières de la République tchèque. Dans ce pays, les problèmes liés à la méthamphétamine existent depuis longtemps, mais sa production se fait généralement sur une échelle modeste, la drogue étant destinée à une consommation personnelle ou locale. Un certain nombre de pays d'Europe centrale font également état de consommation de méthamphétamine, et Europol signale que quelques sites de production plus importants ont été repérés et démantelés dans d'autres régions d'Europe. Certains éléments semblent également indiquer que la consommation de méthamphétamine augmente rapidement dans certains pays frontaliers de l'Union européenne. Jusqu'à ce jour, cette drogue n'a pas réussi à pénétrer le grand marché des drogues stimulantes en Europe occidentale, où la consommation de cocaïne ou d'amphétamine continue à dominer. Néanmoins, étant donné la relative facilité avec laquelle la méthamphétamine peut être produite et le danger potentiel considérable que représente cette substance pour la santé publique, l'heure n'est pas à la complaisance. Les problèmes peuvent se propager rapidement, comme en témoigne la situation vécue par la Slovaquie, qui a récemment fourni une étude de cas révélatrice d'une augmentation significative de la consommation de méthamphétamine.

Internet et commercialisation: le «Spice» est-il un avant-goût de ce qui nous attend?

Peu de domaines de la vie contemporaine ont été épargnés par les progrès des technologies de l'information, et l'internet constitue désormais non seulement une source d'informations inépuisable, mais également un marché virtuel où s'échangent biens et

services. L'impact actuel de ce support dans le domaine des drogues n'est donc pas étonnant. Cette année, l'OEDT a lancé une première évaluation des approches curatives basées sur l'internet, et il apparaît que, pour certaines formes de prévention, de traitement et d'intervention liées à la réduction des risques, le potentiel de ces approches est considérable. De manière moins positive, ce phénomène virtuel et mondial est manifestement difficile à réguler, et l'internet peut servir à promouvoir la consommation de substances psychoactives. Aux préoccupations suscitées par la commercialisation en ligne d'alcool et de médicaments viennent s'ajouter celles liées à l'apparition d'un ensemble de produits alternatifs «légaux» aux substances psychoactives soumises aux contrôles.

À l'heure actuelle, les substances psychoactives proposées par les détaillants en ligne sont régulièrement contrôlées par l'OEDT. Ce marché a augmenté au cours des dernières années et propose désormais un large choix de produits à base de plantes, en particulier des mélanges d'herbes, ainsi que des produits contenant des composés synthétiques. Les nouvelles substances qui font leur apparition sur le marché de l'internet sont très variées, allant de drogues consommées de manière traditionnelle dans certaines parties du monde jusqu'à des produits chimiques expérimentaux synthétisés en laboratoires et non testés sur l'homme. Parmi les autres innovations, citons le développement de marques différentes et l'utilisation d'un emballage attractif. Les mélanges d'herbes commercialisés sous l'appellation «Spice» constituent un exemple frappant de ce phénomène.

De nombreuses versions de «Spice» existent, chacune avec un emballage et une liste d'ingrédients différents.

Les analyses médico-légales ont généralement échoué à détecter les substances à base de plantes indiquées sur les étiquettes mais ont toutefois identifié dans certains échantillons des cannabinoïdes de synthèse ajoutés aux mélanges. Ces substances ne figuraient pas dans la liste des ingrédients et auraient donc été consommées sans connaissance de cause. Les cannabinoïdes trouvés sont des composés issus de la recherche relativement peu courants, certains étant extrêmement puissants et leurs effets sur l'homme mal connus.

Les tentatives visant à contourner la lutte contre la drogue en commercialisant des produits de substitution non régulés ne sont pas nouvelles. La nouveauté tient plutôt à la variété des substances proposées aujourd'hui, à la commercialisation agressive de produits qui, délibérément, ont été mal étiquetés, à l'usage accru de l'internet et à la vitesse à laquelle le marché réagit aux mesures de contrôle. Il est également possible que le problème du «Spice» constitue un avertissement concernant les problèmes à venir. L'existence de chimistes expérimentés, résidant souvent hors du territoire européen et en mesure d'exécuter à bon marché une synthèse organique, rend possible l'accès à un nombre considérable de substances psychoactives. Ce phénomène peut amener sur le marché des groupes complets de produits chimiques, comprenant de nombreux analogues, qui peuvent s'avérer difficiles à détecter et engendrer des complications considérables dans le cadre des politiques de contrôle basées sur la détection des composés individuels. De plus, certaines de ces substances peuvent être consommées de manière tout à fait justifiée ou être vendues pour des raisons supposées légitimes, et peuvent donc échapper à la lutte contre la drogue et à la réglementation en matière commerciale.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 1

Politiques et législations

Introduction

Deux nouveaux documents européen et international de politique antidrogue ont été élaborés au cours de l'année dernière. En décembre 2008, l'Union européenne a dévoilé son nouveau plan d'action drogue (2009-2012), qui a été suivi quelques mois plus tard de la nouvelle déclaration politique et du plan d'action des Nations unies pour lutter contre le problème mondial de la drogue. Le présent chapitre examine le contenu des nouveaux documents de politique antidrogue et le rôle des organisations représentant la société civile lors de leur élaboration.

Les débats politiques sur le plan international ont porté sur le trafic de drogues, et nous examinerons ici les récents développements juridiques sur les sanctions minimales en cas de trafic de drogue en Europe. La réduction des risques a également été un point clé du débat politique, et le statut légal de deux interventions importantes dans ce domaine, l'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution, est également traité dans ce chapitre.

Parmi les autres thèmes abordés figurent la récente adoption et évaluation des stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre la drogue, les nouvelles données et tendances sur les dépenses publiques liées à la drogue ainsi que les développements concernant la recherche en matière de drogue en Europe.

Évolution des politiques internationales et européennes

Nouvelle déclaration politique et plan d'action des Nations unies

Une nouvelle déclaration politique et un plan d'action des Nations unies ⁽¹⁾ ont été adoptés lors d'une réunion politique de haut niveau au cours de la session de cette année de la Commission des stupéfiants (CND). Il s'agissait de l'aboutissement d'une réflexion d'un an, entreprise dans le cadre de l'examen des progrès

accomplis en dix ans dans la réalisation des buts et objectifs énoncés en 1998 lors de la vingtième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (Ungass) pour lutter contre le problème mondial de la drogue.

L'Union européenne et ses États membres ont joué un rôle majeur dans cet examen de l'Ungass. La position de l'Europe sur la politique antidrogue des Nations unies à la suite de ce processus d'examen a été exprimée dans une

Marché mondial des drogues illicites

Les résultats d'une nouvelle étude financée par la Commission européenne sur le marché mondial des drogues illicites ont été présentés lors de la session de 2008 de la Commission des stupéfiants à Vienne ⁽¹⁾. L'étude indique qu'aucune preuve ne montre que le problème mondial de la drogue ait diminué entre 1998 et 2007. Pour certains pays, le problème s'est atténué, mais il s'est aggravé dans d'autres, dans certains cas de façon importante.

Selon l'étude, les marchés des drogues illicites ne sont pas intégrés verticalement ou dominés par de grands revendeurs ou cartels. Alors qu'on estime que les ventes de drogues illicites généreraient plus de 100 milliards d'euros, la grande majorité de ceux qui participent au commerce de la drogue ont des revenus modestes. Quelques personnes détiennent de grandes fortunes mais elles ne représentent qu'une faible part des recettes totales.

L'étude fait état d'une convergence des politiques nationales de lutte contre la drogue avec un accent croissant placé sur la réduction de la demande et une plus grande acceptation de la réduction des risques. Les politiques à l'égard des vendeurs et des trafiquants se sont durcies.

L'étude estime que l'interdiction de la drogue s'est traduite par d'importants dommages non intentionnels qui auraient pu, en grande partie, être prévus (par exemple le déplacement géographique de la production et du trafic).

⁽¹⁾ Commission européenne, «Rapport sur les marchés des drogues illicites, 2009» (disponible à l'adresse: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_fr.htm).

⁽¹⁾ Déclaration politique et plan d'action sur la coopération internationale en vue d'une stratégie intégrée et équilibrée de lutte contre le problème mondial de la drogue.

position commune rédigée par le Conseil de l'Union européenne. Ce document souligne l'importance de la santé publique en tant que principe essentiel du système international de contrôle de la drogue et la nécessité d'assurer la cohérence de tout le système dans le domaine de la drogue au sein des organes des Nations unies [dont l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l'Onusida, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)]. Il appelle également à l'insertion d'un ensemble d'éléments clés et de priorités dans la nouvelle déclaration politique des Nations unies. Une politique antidrogue globale, intégrée et équilibrée est notamment nécessaire, accordant davantage d'importance à la réduction de la demande de drogues et intégrant la réduction des risques. L'UE a demandé instamment que le respect des conventions internationales des droits de l'homme, y compris le droit à la santé, soit un élément clé de la nouvelle politique antidrogue et que l'élaboration des politiques de lutte contre la drogue soit basée sur des preuves scientifiques. Par ailleurs, l'UE avance que, pour lutter contre la production de drogues, l'aide aux activités de substitution ne doit pas être conditionnée par des réductions des cultures illicites.

Le nouveau document des Nations unies a un contenu similaire aux déclarations et plans d'actions initiaux de l'Ungass adoptés en 1998. Il reprend bon nombre des points proposés par l'Union européenne comme le montre le plan d'action, qui passe en revue les problèmes actuels de la politique antidrogue et dresse une liste des actions que les États membres des Nations unies se sont engagés à mettre en œuvre au cours de la prochaine décennie. Parmi les actions et objectifs clés énoncés dans le cadre de la réduction de la demande de drogues, on relève: un meilleur respect des droits de l'homme, une plus grande accessibilité des services et un meilleur ciblage des groupes vulnérables. Le document appelle également à un meilleur équilibre dans les politiques antidrogue en faveur d'une réduction de la demande de drogues et la mise en œuvre de mesures fondées sur des preuves, ainsi que des dispositifs de surveillance et d'assurance qualité. Toutefois, le document des Nations unies ne reconnaît pas explicitement la contribution de la réduction des risques, approche qui a été suivie en Europe en vertu d'études scientifiques.

Plans d'action drogue de l'Union européenne

En septembre 2008, la Commission européenne a publié son évaluation finale du plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008) ^(?). L'évaluation a passé au crible la mise en œuvre des actions et la réalisation des

objectifs énoncés dans le plan d'action. Elle a également examiné l'impact du plan d'action sur les politiques nationales antidrogue des États membres de l'UE et a

Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012): nouveautés

La participation de la société civile à la politique en matière de lutte contre la drogue fait l'objet d'une attention accrue dans le nouveau plan d'action drogue de l'UE. Avec le lancement d'une «Alliance européenne contre la drogue», le plan d'action vise à susciter l'engagement de la société civile européenne sur les problèmes de drogue et à l'inciter à agir dans ce domaine. Le plan d'action appelle également les États membres à associer la société civile à tous les niveaux de mise en œuvre pertinents de la politique de lutte contre la drogue.

L'accent placé sur la qualité des interventions dans le domaine de la prévention, des traitements, de la réduction des dommages et de la réadaptation a été renforcé dans le cadre d'actions visant à élaborer et à échanger des guides de bonnes pratiques et des normes de qualité ainsi qu'à développer dans l'UE des normes de qualité minimales et des critères de référence dans ces domaines. Les prisons font également l'objet d'une attention accrue au titre de la réduction de la demande de drogue, avec des actions invitant les États membres à mettre en place des services à l'intention des détenus toxicomanes équivalant aux services offerts en dehors des prisons, à assurer un suivi médical après la sortie de prison et, de façon générale, à améliorer la surveillance des problèmes de drogue et l'offre de services aux toxicomanes dans les prisons.

La plupart des actions concernant la réduction de l'offre visent à améliorer la répression et la coopération judiciaire entre États membres, souvent grâce à un recours accru aux organes, projets et instruments de l'UE. Réduire le détournement et le trafic dans et à travers l'UE des précurseurs de drogues fait l'objet de sept actions, avec une visée principalement opérationnelle.

Dans le domaine de la coopération internationale, un accent plus important est placé sur le développement de substitution, avec trois actions appelant à intensifier le soutien financier et politique à la mise en œuvre de ces programmes. L'objectif est également que l'approche équilibrée entre la réduction de la demande et celle de l'offre soit mieux reflétée dans les accords et programmes extérieurs.

Dans le chapitre «Information, recherche et évaluation», une nouvelle action appelle à l'élaboration d'indicateurs clés pour la collecte de données pertinentes sur la criminalité liée à la drogue, les cultures illicites, les marchés de la drogue et les interventions visant à réduire l'offre, et à la définition d'une stratégie pour recueillir ces données. Une attention accrue est également accordée au renforcement de la capacité de recherche dans le domaine de la drogue et à la conduite d'une évaluation de la politique en matière de drogue aux niveaux tant national qu'europpéen.

^(?) 13407/08 ADD3 Cordroque 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

étudié les tendances récentes concernant la situation de la drogue en Europe.

L'évaluation a révélé que, bien que les actions n'aient pas toutes été entièrement mises en œuvre et que les objectifs n'aient pas tous été atteints, des progrès ont été réalisés dans quasiment tous les domaines du plan d'action. Par ailleurs, le fait que la plupart des documents nationaux de politique antidrogue fixent des objectifs reprenant ceux du plan d'action de l'UE a été relevé comme une preuve de convergence croissante entre pays européens dans le domaine de la politique de lutte contre la drogue. Une stabilisation relative de l'état du phénomène de la drogue a également été observée au cours de ces dernières années, mais il est difficile de déterminer la contribution concrète du plan d'action de l'UE à cette tendance.

Globalement, malgré quelques lacunes opérationnelles, il a été considéré que le plan d'action drogue de l'UE avait apporté une valeur ajoutée dans trois domaines: pour que les États membres et les institutions communautaires s'engagent à atteindre des objectifs communs, pour fournir un cadre de coordination et développer une approche cohérente dans le domaine de la drogue et en tant que modèle politique au niveau international.

L'évaluation finale du plan d'action drogue a contribué à la rédaction de son successeur, le plan d'action drogue de l'Union européenne (2009–2012), qui a été adopté par le Conseil européen en décembre 2008 ⁽³⁾. Ce plan d'action drogue, le cinquième depuis 1990, est le deuxième établi au titre de l'actuelle stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012). Son objectif ultime est de diminuer sensiblement la prévalence de la consommation de drogue parmi la population et de réduire les dommages sociaux et pour la santé qu'entraînent la consommation et le commerce de drogues illicites.

Le nouveau plan d'action de l'UE identifie cinq grandes priorités qui reflètent ses domaines d'action: améliorer la coordination et la coopération et sensibiliser l'opinion publique, réduire la demande de drogue, réduire l'offre de drogue, renforcer la coopération internationale et améliorer la compréhension du problème. Ce nouveau plan est plus ciblé que son prédécesseur avec un nombre d'objectifs réduit de moitié (24) et moins d'actions (72). Il propose également des objectifs et des actions qui ne figuraient pas dans le plan d'action précédent ⁽⁴⁾. Un évaluateur externe indépendant mènera une évaluation finale de la stratégie et du plan d'action drogue actuels en 2012, puis s'ensuivra une période de réflexion afin de

préparer les prochains documents de politique antidrogue de l'UE.

Société civile et élaboration de la politique antidrogue

La participation d'organisations non gouvernementales (ONG) lors des discussions préparatoires aux nouveaux documents de politique antidrogue de l'UE et des Nations unies représente une avancée importante dans l'engagement de la société civile dans ce domaine politique. En mai 2008, le forum de la société civile sur la drogue de la Commission européenne a débattu des premiers résultats de l'évaluation du plan d'action drogue de l'UE (2005-2008) et discuté des besoins et du contenu possible du plan d'action suivant (Commission européenne, 2008a). Les 26 ONG du forum ont suggéré que les principes de santé publique et des droits de l'homme soient au cœur de la politique antidrogue de l'UE et souligné que l'accent devait être mis sur la non-stigmatisation et la non-discrimination. Elles ont également appelé à accorder une attention accrue aux groupes vulnérables, à la polytoxicomanie, aux problèmes de santé mentale, à la situation dans les prisons et à la prévention des décès liés à la drogue. Parmi les actions prioritaires identifiées par le forum, on note une meilleure coordination entre les gouvernements et la société civile, l'élaboration de normes de qualité en matière de réduction de la demande de drogue, des mécanismes de collecte de données renforcés et le soutien du développement de substitution dans les pays tiers.

La contribution des ONG aux progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs fixés lors de l'Ungass de 1998 a été examinée par le comité de Vienne des ONG sur les stupéfiants, avec un soutien financier de la Commission européenne et de plusieurs États membres de l'UE. Un forum qui s'est déroulé à Vienne en juillet 2008 a marqué l'apogée du processus «Au-delà de 2008», basé sur neuf consultations régionales. La déclaration finale et les trois résolutions adoptées par le forum soulignent les nombreuses activités des ONG et leur rôle croissant dans la politique de lutte contre la drogue ⁽⁵⁾. Les ONG ont appelé les gouvernements et les organisations internationales à les consulter régulièrement et à les soutenir davantage. Parmi les appels nombreux et variés lancés aux États membres et aux organisations internationales, plusieurs thèmes sont récurrents, dont: une politique antidrogue intégrée et équilibrée basée sur les droits de l'homme, la santé publique et les preuves scientifiques; le renforcement des capacités de surveillance et d'évaluation; la définition et la diffusion des meilleures

⁽³⁾ JO C 326 du 20.12.2008, p. 7.

⁽⁴⁾ Voir «Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012): nouveautés», p. 20.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56.

pratiques et notamment des principes directeurs des Nations unies en matière d'efficacité des traitements, d'accessibilité et de mesures adéquates pour la mise à disposition de stupéfiants à usage médical pour soulager la douleur; des sanctions de remplacement et des dispositions relatives à la criminalité liée à la drogue; et le respect des droits des prisonniers qui sont toxicomanes ou qui sont détenus pour des infractions liées aux drogues.

Stratégies et plans d'action antidrogue nationaux

Faits nouveaux

Les stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre la drogue sont désormais des instruments essentiels des politiques nationales antidrogue en Europe. À une exception près, les trente pays étudiés par l'OEDT ont adopté des documents de ce type qui font l'objet de mises à jour régulières.

En 2008, de nouveaux documents de politique antidrogue ⁽⁶⁾ ont été adoptés par la Grèce, la France et le Royaume-Uni. La Grèce a adopté un plan d'action (2008-2012) en vue de compléter sa stratégie antidrogue existante. L'un des objectifs du nouveau plan est d'améliorer l'offre de traitement aux toxicomanes. Le nouveau plan d'action français (2008-2011) couvre les drogues illicites, l'alcool et le tabac. Une des priorités du plan est de dissuader les jeunes de commencer à consommer de la drogue en réaffirmant l'interdiction de la consommation de drogue et en informant les jeunes et leurs parents sur les risques liés à cette consommation. La nouvelle stratégie antidrogue (2008-2018) et son plan d'action (2008-2011) adoptés par le Royaume-Uni visent à réduire l'offre de drogues illicites et à réduire leur demande tout en accordant une attention particulière à la protection des familles et des communautés.

Dix autres États membres de l'UE ont vu leur document national de politique arriver à expiration en 2008. L'Espagne a adopté une nouvelle stratégie antidrogue en février 2009 et huit autres pays (Bulgarie, Irlande, Italie, Chypre, Lituanie, Portugal, Roumanie et Slovaquie) étaient en cours de finalisation et d'adoption de nouvelles stratégies et plans d'action antidrogue au cours du premier semestre de 2009; la Lettonie a prolongé son programme 2005-2008 avec un plan d'action d'un an. Les Pays-Bas prévoient également de remplacer leur livre blanc de 1995 sur la politique en matière de drogue en 2009, alors que plusieurs pays verront au moins l'un

de leurs documents de politique arriver à terme au cours de cette année (République tchèque, Luxembourg, Hongrie, Slovaquie, Croatie et Turquie).

Évaluation

Environ deux tiers des pays européens indiquent examiner de façon permanente ou annuelle la mise en œuvre des actions énoncées dans leur document national de politique antidrogue. Dans la plupart des cas, un rapport d'avancement basé sur les données collectées auprès des prestataires de services et des ministères participant à la politique antidrogue est soumis au gouvernement ou au parlement. La plupart des pays ont déjà ainsi lancé la mise en œuvre de l'action 70 du plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012) qui appelle les États membres à évaluer et à affiner régulièrement et constamment leurs politiques nationales en matière de drogue.

Un constat similaire peut être fait concernant l'évaluation finale des stratégies et plans d'action antidrogue nationaux, avec plus de vingt pays qui indiquent qu'ils sont actuellement en train de préparer une évaluation de ce type ou qu'ils l'ont récemment menée. Dans certains cas, le rapport final est une synthèse des revues annuelles de mise en œuvre; dans d'autres, il tente de comprendre de façon plus approfondie le processus de mise en œuvre, l'efficacité ou l'impact de la politique. Parmi les pays optant pour l'approche plus poussée de l'évaluation, deux (Chypre et Luxembourg) ont décidé de travailler avec des évaluateurs externes issus de pays tiers.

Les évaluations des politiques antidrogue ont de grandes difficultés à essayer de relier les résultats des stratégies ou plans d'action antidrogue et l'évolution de la situation en matière de drogue. Le problème est notamment d'évaluer les effets de trains de mesures importants et la compréhension limitée de l'influence des principaux éléments contextuels, tels que les marchés de la drogue ou les tendances en matière de consommation de drogue et les modes de vie des jeunes. Toutefois, certains pays européens ont tenté d'établir une corrélation entre les stratégies ou plans d'action antidrogue et les indicateurs sur l'état du phénomène de la drogue. Cette pratique devrait s'étendre à l'avenir, car le nouveau plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012) appelle à l'élaboration d'outils pour mieux évaluer l'efficacité et l'incidence des politiques en matière de drogue. L'OEDT élabore également des orientations pour aider les États membres à évaluer et à interpréter les résultats de leur document de politique antidrogue.

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

Dépenses publiques

Les décideurs politiques ont besoin d'informations détaillées et fiables sur les dépenses publiques en matière de drogue afin d'évaluer la véritable affectation des ressources dans ce domaine et, en fin de compte, la rentabilité de la politique antidrogue. L'estimation sur le plan économique des ressources déployées par l'État en réponse à la consommation de drogues illicites constitue donc une mesure essentielle pour comprendre l'impact plus général de la consommation de drogue.

Les estimations des dépenses publiques sont basées sur les budgets gouvernementaux et les documents comptables. Néanmoins, il est difficile d'estimer les dépenses totales consacrées à la mise en œuvre de la politique nationale antidrogue, car cela implique d'additionner des montants concernant des activités menées à différents niveaux du gouvernement (par exemple local, régional, national) qui peuvent être financées par différents postes budgétaires et ne sont souvent pas spécifiquement identifiées comme étant liées à la drogue.

Le total des dépenses publiques liées à la drogue en Europe a été estimé à 34 milliards d'euros pour 2005 (OEDT, 2008a). En raison des niveaux élevés de sous-déclaration, il est impossible d'actualiser cette estimation. Les difficultés de collecte d'informations dans ce domaine sont illustrées par le fait que, parmi les vingt-trois pays ayant communiqué des données concernant l'année 2007, seule la République tchèque a pu ventiler les dépenses en fonction des différents niveaux de gouvernement. La plupart des pays ont pu fournir des données sur les dépenses du gouvernement central et sept ont également indiqué les dépenses des gouvernements régionaux ou locaux (Belgique, Danemark, Estonie, Autriche, Finlande et Croatie) ou des fonds de sécurité sociale (Allemagne).

Dépenses explicitement imputables aux drogues ou non

Les dépenses imputables aux drogues renvoient aux dépenses publiques que le gouvernement prévoit de consacrer aux drogues. Elles reflètent l'engagement volontaire de l'État dans le domaine des drogues et peuvent être retrouvées grâce à un examen détaillé des budgets publics. Parmi les vingt-trois pays fournissant des données pour 2007, seize ont mentionné uniquement les dépenses explicitement imputées aux drogues. Dans bien des cas (par exemple en Estonie, en France, en Pologne et en Roumanie), la plus grande partie des dépenses spécifiquement imputées ont été consacrées à la mise en œuvre des documents nationaux de politique antidrogue.

Toutes les dépenses liées aux drogues ne figurent pas en tant que telles dans les budgets nationaux. Dans la plupart des pays, les sommes consacrées à certaines activités liées aux drogues sont intégrées dans d'autres programmes et interventions (par exemple le budget général des opérations de police ou interventions ciblant à la fois des substances licites et illicites). Dans ces cas, les dépenses liées aux drogues mais non intitulées comme telles doivent être estimées en adoptant une approche de modélisation des coûts. Les résultats d'études précédentes montrent que, dans la plupart des cas, les dépenses non explicitement imputables représentent la majeure partie des dépenses nationales consacrées au problème de la drogue.

Les dépenses publiques liées aux drogues peuvent être classées conformément à la classification des fonctions des administrations publiques (CFAP) (OEDT, 2008e). Trois pays ont soumis des dépenses explicitement imputées à la drogue classées dans le premier niveau de la CFAP (Luxembourg, Finlande, Royaume-Uni pour l'Angleterre seulement) et seul le Royaume-Uni a fourni des chiffres pour les fonctions «Services généraux des administrations publiques», «Enseignement» et «Protection sociale» (7). Dans ces trois pays, la fonction «Santé» a enregistré la plus forte proportion des dépenses totales, suivie de la fonction «Ordre et sécurité publics» (voir tableau 1). En revanche, dans les pays fournissant des données CFAP pour les dépenses non explicitement imputables aux drogues, la majorité de ces dépenses ont été affectées à la fonction «Ordre et sécurité publics» puis à la fonction «Santé». Ces éléments confirment les résultats des rapports antérieurs (voir OEDT, 2008e), qui suggèrent qu'alors que la plus grande partie des dépenses directement imputables peuvent être attribuées aux interventions de «santé», les activités relatives à la fonction «Ordre et sécurité publics» se taillent la part du lion des dépenses publiques liées aux drogues.

Tendances

Dans la plupart des pays qui disposent d'informations cohérentes, les dépenses intitulées comme étant liées aux drogues, à prix constants, ont augmenté en 2007 par rapport à 2005. Ces hausses allaient de 14 à 23 % (République tchèque, Irlande, Lituanie, Luxembourg et Croatie) à 72 % (Chypre et Finlande). Au Royaume-Uni, les dépenses imputables aux drogues sont restées stables sur cette période.

Législation nationale

L'approche équilibrée de l'Union européenne en matière de politique de lutte contre la drogue met sur un pied d'égalité

(7) La classification CFAP comporte trois niveaux hiérarchiques, les dépenses des administrations publiques sont ventilées en dix fonctions.

Tableau 1 – Dépenses publiques explicitement imputables aux drogues ou non en 2007 pour les États membres de l'UE fournissant des données par catégorie CFAP (classification des fonctions des administrations publiques)

Catégories CFAP	Luxembourg Mio EUR (%)		Finlande ⁽¹⁾ Mio EUR (%)		Royaume-Uni Mio EUR (%)
	Explicitement imputables	Non explicitement imputables ⁽²⁾	Explicitement imputables	Non explicitement imputables	Explicitement imputables
Services généraux des administrations publiques	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Ordre et sécurité publics	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Santé	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Enseignement	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Protection sociale	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Données de 2006.
⁽²⁾ Le Luxembourg fournit des informations détaillées sur les procédures de modélisation utilisées pour tirer ces estimations des dépenses non explicitement imputables aux drogues.
Sources: Rapports nationaux Reitox (2008).

la réduction de la demande et la réduction de l'offre de stupéfiants. L'examen des législations nationales adoptées au cours des dix dernières années montre que les États membres de l'UE ont activement légiféré en respectant cet engagement politique. Les pays ont établi des cadres réglementaires pour certaines activités de réduction des risques, tout en aggravant les peines en cas de trafic de drogue. À mi-période, deux instruments européens ont donné un nouvel élan à ces processus: en 2003, le Conseil européen a soumis une recommandation relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie, qui appelait à des actions comprenant la mise à disposition de traitements de substitution adéquats et l'accès à la distribution et l'échange de matériel d'injection ⁽⁸⁾; et la décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil du 25 octobre 2004 qui appelle à des sanctions plus lourdes dans le domaine du trafic de drogue. Cette section décrit les tendances au cours des dix dernières années dans la réglementation des activités de réduction des risques et des sanctions à l'encontre des trafiquants. Elle indique également que les activités dans ces domaines au niveau national ont été reflétées dans des accords au niveau européen, bien que certains pays aient exercé leur droit d'aller au-delà des dispositions minimales fixées par ces accords.

Traitement de substitution aux opiacés

Depuis 1998, quelque 45 textes de loi ont été adoptés par dix-huit pays pour établir ou modifier le cadre juridique des programmes de traitement de substitution. Plusieurs de ces textes étaient destinés à mettre en place

ou à réglementer ces programmes de manière assez approfondie: Irlande (1998), Pologne (1999), Allemagne (2000), République tchèque et Portugal (2001), Grèce et Luxembourg (2002), Belgique et France (2004), Lettonie (2005) et Autriche et Lituanie (2007).

Alors que les lois et règlements adoptés par les pays européens ont couvert différents aspects des traitements de substitution aux opiacés, jusqu'à 2004, on relevait une tendance marquée à définir les substances autorisées. Au cours de cette période, environ un quart des textes autorisaient ou réglementaient l'utilisation de substances telles que la méthadone et la buprénorphine. En revanche, un tiers des textes mentionnés depuis 2002 ont défini ou facilité l'accès aux programmes. La prescription de substances de substitution aux opiacés est parfois limitée par la loi aux médecins dans les centres de traitement, bien que la prescription par d'autres docteurs soit souvent autorisée ⁽⁹⁾. Les dispensaires autorisés sont également généralement précisés dans la législation, principalement des pharmacies ou des centres de traitement, bien que certains pays autorisent également les médecins à assurer la distribution.

Programmes d'échange de seringues

Des programmes d'échange de seringue peuvent être appliqués au niveau local, régional ou national, parfois avec un cadre juridique national spécifique les autorisant mais souvent sans. Les lois qui ont été adoptées en Europe au début de la dernière décennie visaient principalement à améliorer la base juridique de ces interventions

⁽⁸⁾ Recommandation du Conseil du 18 juin 2003 (JO L 165 du 3.7.2003, p. 31).

⁽⁹⁾ Voir graphique 11, p. 85.

(Slovénie en 1999, Pologne en 2001 et Finlande en 2003) ou à définir ou à faciliter les droits d'accès aux programmes d'échange de seringues (Belgique et France en 1998, Finlande en 2003). La législation s'est rapidement réorientée vers la réglementation de ces programmes, avec des lois ou décrets détaillés adoptés en Belgique en 2000, au Portugal en 2001 et au Luxembourg en 2003 afin de réglementer les bénéficiaires possibles de ces programmes et l'autorisation ou non de distributeurs automatiques. Au Portugal, le cadre réglementaire a été étendu en 2007 afin d'inclure des programmes d'échange de seringues dans les prisons.

Certains pays ont adopté une législation afin de résoudre les éventuels conflits entre les programmes d'échange de seringues et les dispositions juridiques visant à pénaliser la «facilitation» ou l'«incitation» à la consommation de drogues. En Belgique et en Allemagne, cette question a été traitée par une clause de la loi qui exempte spécifiquement certains programmes de toute inculpation bien que le nombre de seringues distribuées puisse être limité. Dans quelques pays, des instructions sont données à la police sur les mesures répressives adéquates à prendre à proximité des sites d'échange de seringues. Globalement, les cas signalés de confiscation par la police de seringues stériles restent rares dans l'Union européenne.

Sanctions à l'encontre des trafiquants

Au cours des dix dernières années, les États membres de l'UE ont indiqué à la fois individuellement et collectivement que les infractions liées au trafic de drogue devaient être punies de façon plus sévère, même si les infractions elles-mêmes sont définies différemment dans les textes des trente pays quasiment. Les infractions liées au «trafic» peuvent comprendre la production ou la culture, l'importation et l'exportation, le transport, la proposition, la vente et/ou la possession, avec l'intention de distribuer ou de fournir, ou le concept d'agir «dans un but lucratif» ou «à des fins commerciales».

Au cours de la période 1999-2004, six pays ont adopté des lois aggravant les sanctions applicables à certaines infractions liées au trafic de drogue. En 1999, l'Irlande a créé une nouvelle infraction pour possession d'une grande quantité de drogues (d'une valeur de plus de 12 700 euros) avec l'intention de fournir, qui entraînerait une peine minimale obligatoire de dix ans de prison. En 2000, le Royaume-Uni a instauré une peine minimale de sept ans de prison à l'issue de la troisième condamnation pour trafic de drogue de classe A, et, en 2001, la Grèce a durci sa législation sur la condamnation des trafiquants, en

limitant leur droit à la libération conditionnelle. Des modifications ont été apportées au code pénal estonien en 2002 et en 2004 afin de revoir à la hausse les peines maximales pour les trafiquants de petites quantités de drogues, passant de trois à cinq ans, et pour les trafiquants de grandes quantités, passant de cinq à dix ans. Au Danemark, les sanctions relatives au trafic de drogue sont passées de six à dix ans et, pour le trafic de grandes quantités ou de substances particulièrement dangereuses, de dix à seize ans. En 2004 également, la Lituanie a revu à la hausse les peines pour les infractions de base liées au trafic avec un maximum de deux ans passant à deux à huit ans, et celles pour les grandes quantités passant d'entre deux et huit ans à entre huit et dix ans.

En octobre 2004, la décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil a établi les dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue. Depuis lors, quatre autres pays ont promulgué des lois visant à mettre en conformité les sanctions concernant le trafic avec la décision. En 2006, les Pays-Bas ont revu à la hausse la sanction maximale pour trafic de grandes quantités de drogues, passant de quatre à six ans. La Pologne a aggravé les sanctions pour possession de grandes quantités et fourniture à des mineurs, passant d'un maximum de cinq ans à un maximum de huit ans, fixant également une période minimale de six mois. En Slovaquie, la sanction minimale en cas de trafic qui allait de deux à huit ans est passée à quatre à dix ans, avec une sanction maximale pour les grandes quantités qui est passée de dix ans à quinze ans, voire plus de vingt ans. Enfin, en Autriche, la sanction maximale pour distribution de stupéfiants à autrui, ou culture de certains stupéfiants,

La base de données juridiques européenne sur les drogues

La base de données juridiques européenne sur les drogues (ELDD) est la base de données en ligne de l'OEDT contenant des informations sur la législation européenne liée aux drogues pour les États membres et la Norvège. Cette base de données présente des textes juridiques dans leur format original, les profils nationaux des lois sur les drogues dans chaque pays ainsi que des rapports détaillés sur des thèmes spécifiques. Les aperçus thématiques (section «Topic overviews») fournissent également des résumés de la situation juridique concernant des sujets donnés dont le trafic de drogues illicites, les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues (!).

(!) «Topic overviews» de l'ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>.

a été aggravée en 2007, passant de six à douze mois de prison. Les sanctions pour les délits plus graves sont restées inchangées, bien que la définition de grande quantité soit passée de 25 à 15 fois la quantité seuil.

Recherche en matière de drogue

La recherche en matière de drogue menée dans chacun des pays européens a fait l'objet d'une «question particulière» publiée par l'OEDT en 2008 ⁽¹⁰⁾. Cette année, les mentions indiquées dans les derniers rapports Reitox sur les recherches nationales sont analysées afin de mieux cerner les recherches récemment menées dans les pays européens. Cette section fait également état d'une étude sur la recherche en matière de drogues dans l'UE publiée cette année par la Commission européenne.

Projets de recherche dans les États membres

Les pays européens ont mentionné plus de 350 projets de recherche entrepris ou publiés en 2007 et en 2008 dans les derniers rapports nationaux Reitox. Le Royaume-Uni a fait état du plus grand nombre de projets de recherche, plus de 80, suivi de l'Allemagne et des Pays-Bas — plus de 30 projets chacun — et de la République tchèque, de l'Irlande et de la Finlande — plus de 20 projets.

Les recherches sur les réponses au phénomène de la drogue représentaient plus d'un tiers des études récentes, alors qu'un autre tiers avait porté sur la prévalence, l'incidence et les modèles de consommation de drogue, et un cinquième sur les conséquences de la consommation de drogue. Parmi les thématiques qui semblent attirer bien moins l'attention, on relève: les facteurs déterminants, facteurs de risque et facteurs de protection; les mécanismes et effets de la drogue; l'offre et les marchés ainsi que les questions méthodologiques.

Les résultats de cette analyse, bien que leur portée soit limitée, confirment l'appel figurant dans le nouveau plan d'action de l'UE à des efforts de recherche plus importants dans les domaines prioritaires qui sont sous-représentés, notamment l'offre de drogue.

Analyse de la recherche en matière de drogue dans l'Union européenne

L'offre de drogue fait également partie des domaines considérés comme sous-représentés dans les recherches actuelles par une étude menée pour la Commission européenne intitulée «Analyse comparative approfondie des recherches réalisées sur les drogues illicites dans l'Union européenne». Le rapport notait parmi les autres domaines présentant des lacunes considérables de recherche la prévention, les cadres juridiques et l'interdiction, alors que les recherches sur les thèmes épidémiologiques semblaient plus couramment abordées ⁽¹¹⁾. L'étude a révélé que, bien qu'il existe une expertise globale dans les États membres, il convenait de poursuivre l'amélioration de la comparabilité des données entre les pays et le renforcement de la visibilité des recherches.

La participation aux activités de recherche européennes semble très différente selon les pays, avec une coopération internationale essentiellement informelle. Toutefois, l'étude a souligné que les recherches liées à la drogue peuvent être facilitées par les réseaux de chercheurs européens et internationaux. La capacité de recherche, la qualité globale et la disponibilité des financements sont très variables dans l'UE, et le renforcement des capacités et les financements sont des impératifs pour couvrir un éventail plus large de domaines politiques liés au plan d'action drogue de l'UE.

⁽¹⁰⁾ Des informations complémentaires sur la recherche nationale et européenne en matière de drogue sont disponibles à l'adresse <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>.

⁽¹¹⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm.



Chapitre 2

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

Introduction

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

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

Prévention

La prévention de la toxicomanie s'articule autour de différents niveaux ou stratégies, qui ciblent la société dans son ensemble (prévention environnementale) ou se concentrent sur les individus à risque (prévention ciblée). Idéalement, ces différentes stratégies ne devraient pas interférer les unes avec les autres mais se compléter. La vue d'ensemble suivante se concentre sur les faits nouveaux et les résultats récemment rapportés des essais contrôlés dans le domaine de la prévention.

Prévention universelle

La prévention universelle concerne des populations entières. Elle vise à dissuader ou à reporter le début de la consommation de drogue et les problèmes liés à la drogue en fournissant aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour éviter de commencer à consommer des drogues. Les mesures de prévention prises

en Europe sont aujourd'hui pour la première fois systématiquement suivies par la majorité des États membres. Les rapports les plus récents confirment que les interventions destinées à fournir des informations sur les drogues, telles que les séances d'information ponctuelles, constituent la principale approche adoptée pour la prévention universelle en milieu scolaire et auprès des communautés dans tous ces pays. L'efficacité de ce type d'intervention n'est toutefois pas étayée par les preuves disponibles. Cependant, des interventions reposant sur des fondements scientifiques plus solides, tels des programmes de prévention suivant des protocoles normalisés, sont désormais relevées dans d'autres pays (République tchèque, Chypre, Autriche, Pologne, Slovaquie et Slovaquie).

Les quelques programmes de prévention dont l'efficacité a été prouvée font l'objet d'une étude en Europe baptisée «EU-Dap» (<http://www.eudap.net>). Portant sur 7 000 élèves âgés de 12 à 14 ans dans sept pays européens, l'étude évalue un programme basé sur l'approche globale de l'influence sociale, qui associe la formation sur le savoir-être à un enseignement normatif, et l'acquisition de connaissances sur les substances. Après deux années d'exécution, le programme a été considéré comme efficace, avec une fréquence moindre des états d'ébriété et de la consommation de cannabis.

Les résultats de l'étude EU-Dap sont influencés par le sexe avec une efficacité globale du programme expliquée par ses effets sur les garçons uniquement. On ne peut dire si cette situation est liée au fait que les filles soient moins exposées ou si elles n'ont pas répondu au programme. Les effets conditionnés par le genre sont également apparus dans un essai danois contrôlé sur un programme de savoir-être. Les filles ont enregistré les principaux effets en termes de harcèlement moral, de consommation d'alcool au cours de la semaine précédente et du mois précédent, alors que les garçons faisaient état des principaux effets concernant la consommation de plus de cinq boissons à une occasion et ayant essayé le cannabis.

Un essai contrôlé mené à Prague a permis de comparer un programme en milieu communautaire, comprenant un

volet pédagogique, une approche par des pairs, la formation en matière de savoir-être et des programmes à l'intention des parents, avec le programme minimal de prévention standard dans les établissements scolaires (Miovský e.a., 2007). Le programme en milieu communautaire s'est révélé plus efficace pour réduire la consommation d'alcool et influencer les comportements à l'égard des substances chez les jeunes de 13 à 15 ans, notamment dans certains groupes d'enfants vulnérables, dont ceux issus de familles monoparentales. Il a donc été suggéré que le programme pouvait être utilisé dans le cadre de la prévention sélective.

Prévention sélective et ciblée

Tant la prévention sélective que la prévention ciblée reconnaissent que la consommation problématique de drogue est concentrée sur les groupes vulnérables ou les personnes ayant des perspectives sociales et personnelles limitées (OEDT, 2008c). La prévention sélective est axée sur des groupes, familles ou communautés spécifiques, dont les membres, du fait de leurs faibles liens sociaux ou ressources, sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance. Les éléments justifiant cette approche sont présentés dans une nouvelle rubrique du portail des meilleures pratiques de l'OEDT (Best practice portal) ⁽¹²⁾. La prévention indiquée vise à identifier les personnes présentant des problèmes comportementaux ou psychologiques donnant à penser qu'ils pourraient tomber dans la toxicomanie à un stade ultérieur et à les cibler individuellement par le biais de mesures spéciales.

La Belgique et le Luxembourg ont fourni de nouvelles informations sur la prévention sélective ciblant les groupes ethniques. Pour les jeunes délinquants, des protocoles d'intervention systématiques après contact avec le système judiciaire n'existent qu'en Allemagne, en Catalogne (Espagne), au Luxembourg et en Autriche, alors que d'autres pays font état d'interventions génériques ou ponctuelles. Depuis 2008, un protocole d'intervention pour les jeunes délinquants, FRED ⁽¹³⁾, est mis en œuvre avec le soutien de l'UE dans dix États membres. Une nouvelle évaluation de FRED dans 140 établissements allemands a démontré que les taux de récurrence et de consommation de drogue parmi les participants étaient limités.

Seuls l'Allemagne, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Suède font état de nouveaux projets de prévention ciblée qui restent très rares en Europe malgré des éléments témoignant de leur efficacité (OEDT, 2009b). Parmi les exemples actuels de projets de prévention ciblée en Europe, on relève le modèle Oregon de formation en

gestion parentale, qui est mis en œuvre aux Pays-Bas et en Norvège pour les parents d'enfants âgés de 4 à 12 ans ayant un comportement perturbateur. De même, la méthode «Komet för föräldrar» qui est utilisée dans presque 30 % des municipalités suédoises cible les parents d'enfants présentant des problèmes de comportement d'extériorisation auxquels s'ajoutent des difficultés à établir des relations positives avec des pairs. Un essai contrôlé aléatoire portant sur 159 familles a fait

Campagnes médiatiques de masse spécifiques à une substance

Des campagnes médiatiques de masse spécifiques à la consommation de cannabis (Danemark, Irlande, France, Pays-Bas, Royaume-Uni) et, plus récemment, à la consommation de cocaïne (Irlande, Espagne, Royaume-Uni) ont vu le jour en Europe.

Quasiment toutes ces campagnes mettent en garde contre les dangers de la consommation de drogue, et certaines emploient la manière forte. Deux campagnes seulement ont adopté une approche différente. La campagne Royaume-Uni - Colombie «responsabilité partagée» porte sur la responsabilité des consommateurs quant aux dommages écologiques et sociaux liés à la production de cocaïne. La campagne néerlandaise sur le cannabis menée en 2006 ciblait des mythes normatifs avec des situations réelles de jeunes servant de modèles de rôle positifs, au lieu d'avertissements et de représentations de la consommation. L'évaluation de cette campagne a montré le renforcement des normes sociales négatives à l'encontre de la consommation de cannabis et l'absence d'incidences négatives sur l'intention de consommer ou les mythes normatifs (Wammes e.a., 2007).

Les campagnes menées dans les mass-médias mettant en évidence les dangers de la consommation de drogue ne sont que rarement évaluées quant aux changements de comportement, d'attitudes ou d'intention de consommer des drogues. En outre, des inquiétudes ont été exprimées quant à leur manque d'efficacité et aux éventuels préjudices. Par exemple, une évaluation approfondie de l'issue de la campagne américaine nationale sur le cannabis n'a révélé aucun effet global. Toutefois, des éléments ont montré que la campagne a eu des effets non escomptés en faveur du cannabis, et des personnes qui ne s'intéressaient auparavant pas à cette drogue ont indiqué leur intention de la consommer (Hornik e.a., 2008). Des problèmes similaires ont été relevés à la suite de l'évaluation de la campagne écossaise sur la cocaïne «Know the score» (OEDT, 2007a).

Le processus de prise de décision des jeunes est complexe et très influencé par les interactions de groupes de pairs et les perceptions des normes sociales. Pour l'heure, il semble que la communication des médias n'ait pas répondu efficacement à cette complexité.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>.

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english.

état d'une amélioration importante des compétences en matière d'éducation parentale chez les parents participants et d'une réduction des problèmes comportementaux chez leurs enfants.

Traitement

Environ 400 000 toxicomanes ont commencé un traitement en 2007 ⁽¹⁴⁾. Moins de la moitié de ceux qui se sont soumis à un traitement le faisaient pour la première fois. En général, la grande majorité des demandes de traitement (86 %) ont été prises en charge dans des centres de soins en ambulatoire. Cette proportion s'est accrue au cours de ces dernières années pour diverses raisons, notamment une plus grande disponibilité et diversification des traitements ambulatoires spécialisés.

En Europe, les principales modalités des traitements en réponse aux problèmes de toxicomanie sont des interventions psychosociales, des traitements de substitution aux opiacés et des traitements de désintoxication. Les interventions psychosociales proposent une aide aux consommateurs qui tentent de gérer ou de résoudre leur problème de toxicomanie. Ces interventions comprennent des conseils, une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, une prise en charge personnalisée, des thérapies de groupe et familiale et la prévention des rechutes. Les interventions psychosociales constituent le fondement des traitements ambulatoires et hospitaliers au sein de la communauté et complètent aussi normalement un traitement de substitution aux opiacés. La désintoxication est une intervention sous contrôle médical de courte durée visant à résoudre l'état de manque lié à la consommation chronique de drogue. Elle est généralement proposée en milieu hospitalier. L'importance relative des différentes modalités de traitement dans chaque pays est influencée par plusieurs facteurs, dont l'organisation du système de santé publique.

Traitement dans une structure ambulatoire

Historiquement, le traitement de la toxicomanie était assuré principalement en milieu hospitalier, et la plupart des patients étaient des héroïnomanes. Cette situation a évolué au cours des années 80 et 90 avec l'augmentation rapide des traitements en structure ambulatoire et, plus récemment, avec le nombre croissant de consommateurs de cannabis et de cocaïne demandant un traitement. Par ailleurs, les problèmes liés aux drogues licites ou aux substances prescrites sont de plus en plus courants.

En 2007, les opiacés, et surtout l'héroïne, restent la principale drogue citée par les consommateurs qui ont commencé un traitement dans une structure ambulatoire, puisqu'elle est la drogue principale de 54 % des patients, suivie du cannabis (21 %) et de la cocaïne (18 %). Plusieurs pays font état d'une hausse de la proportion de patients entamant un traitement en raison de problèmes liés à des drogues autres que les opiacés, notamment chez les nouveaux patients (voir chapitres 3 et 5).

Les toxicomanes commençant un traitement dans une structure ambulatoire sont essentiellement de jeunes hommes, âgés en moyenne de 31 ans, et on compte presque quatre fois plus d'hommes que de femmes (3,7/1). L'âge et le sexe des patients en traitement varient en fonction de la drogue primaire. Les patients traités pour dépendance au cannabis sont en moyenne plus jeunes (25 ans) que ceux traités pour consommation d'opiacés (32 ans) et de cocaïne (33 ans). Quelle que soit la drogue primaire, les patients entamant un traitement pour la première fois sont en moyenne deux ans plus jeunes que l'ensemble des patients. Des ratios moyens hommes/femmes plus élevés sont relevés pour les patients consommateurs de cocaïne (5,1/1) et de cannabis (5,5/1) ⁽¹⁵⁾.

Environ un patient sur trois se présente de lui-même en traitement ambulatoire, soit le mode d'orientation le plus courant; environ un quart des patients sont contraints de suivre un traitement par le système judiciaire, et les autres sont envoyés par les services sanitaires et sociaux ou des réseaux informels, dont la famille et les amis. Il est rare que les hôpitaux ou autres sources médicales orientent vers un traitement, hormis en Finlande où 25 % des patients suivent ce mode d'orientation. La Hongrie fait également figure d'exception avec plus de 70 % des patients envoyés par le système judiciaire ⁽¹⁶⁾. Il convient de noter que le code pénal hongrois ne prévoit pas de sanctions pour la détention de quantités réduites par un toxicomane démontrant qu'il a suivi un traitement.

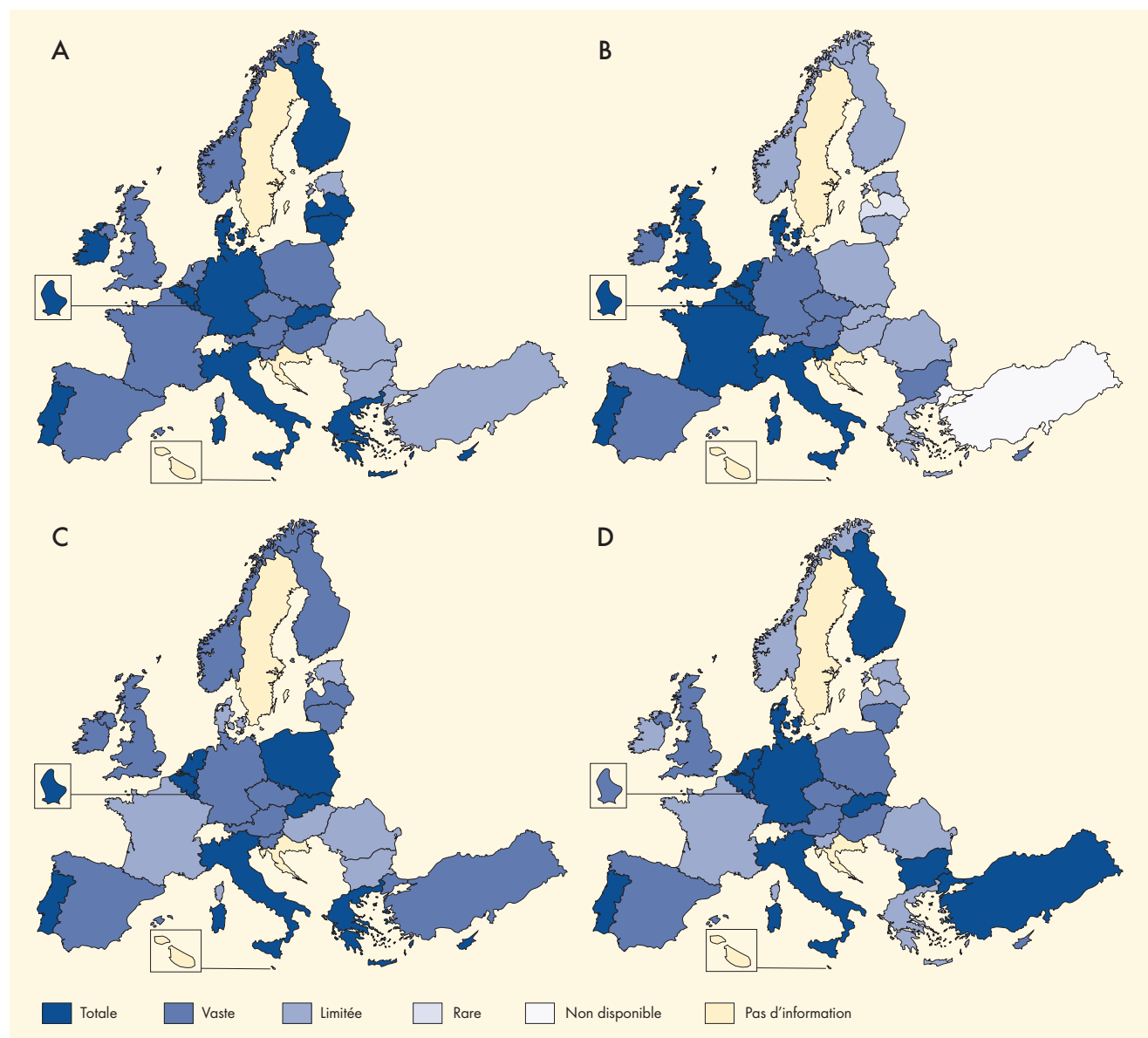
Les traitements psychosociaux ambulatoires sont principalement assurés par des établissements publics (16 pays) ou des organisations non gouvernementales (10 pays). Selon les experts nationaux, ce type de traitement est disponible pour la majorité des personnes en demande de traitement dans dix pays ainsi que pour quasiment toutes dans treize autres pays. Dans quatre pays (Bulgarie, Estonie, Roumanie, Turquie) toutefois, les traitements psychosociaux dans une structure

⁽¹⁴⁾ Des données relatives à l'indicateur de la demande de traitement ont été fournies par des centres ambulatoires de vingt-trois pays, avec une couverture de plus de 70 % des unités dans la plupart des pays, et par des centres hospitaliers de vingt pays, avec une couverture de plus de 50 % des unités dans la plupart des pays.

⁽¹⁵⁾ Voir tableaux TDI-10 et TDI-21 du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁶⁾ Voir tableau TDI-16 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

Graphique/carte 1 — Disponibilité des modalités de traitement par rapport aux besoins, évaluée par les experts nationaux: (A) psychosocial ambulatoire, (B) substitution, (C) psychosocial en milieu hospitalier, (D) désintoxication



NB: La disponibilité est définie grâce à la proportion estimée de toxicomanes ayant besoin de traitement qui peuvent en recevoir: presque tous (totale), la majorité mais pas tous (vaste), plus que quelques-uns mais pas la majorité (limitée), quelques-uns seulement (rare), non disponible. Les informations ont été collectées au moyen d'un questionnaire structuré.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

ambulatoire semblent disponibles pour moins de la moitié de ceux qui en font activement la demande (voir graphique 1A). Ces taux peuvent occulter des variations considérables au sein même des pays et des différences quant à la disponibilité des programmes de traitement spécialisés pour les consommateurs de cannabis ou de cocaïne.

Traitement de substitution aux opiacés

La principale option des patients consommateurs d'opiacés en Europe réside dans un traitement de

substitution, allié à des soins psychosociaux. Il est généralement dispensé dans une structure ambulatoire, bien que, dans certains pays, il soit également disponible en milieu hospitalier. Par exemple, en Autriche, 65 % des patients suivant un traitement en milieu hospitalier de longue durée se voient prescrire de la morphine à libération lente. Les traitements de substitution sont aussi de plus en plus souvent assurés en milieu carcéral ⁽¹⁷⁾.

À la suite de l'introduction d'un traitement fortement dosé à la buprénorphine à Chypre en 2007, un traitement de

⁽¹⁷⁾ Voir «Aide aux toxicomanes en milieu carcéral», p. 39.

substitution aux opiacés est désormais disponible dans tous les États membres, ainsi qu'en Croatie et en Norvège ⁽¹⁸⁾. En Turquie, aucun traitement de substitution n'a encore été introduit, bien que cette option soit autorisée en vertu d'un règlement de 2004 portant sur les centres de traitement. Dans seize pays, les principaux fournisseurs de traitements de substitution restent les services ambulatoires publics spécialisés. Toutefois, les médecins généralistes permanents jouent un rôle de plus en plus important dans l'offre de ce type de traitement, souvent dans le cadre de structures d'entraide avec des centres spécialisés, et ils sont les principaux prestataires dans certains pays (région wallonne en Belgique, République tchèque, Allemagne, France, Luxembourg, Autriche et Norvège) (voir chapitre 6).

En 2007, on estime à plus de 650 000 le nombre de consommateurs d'opiacés ayant reçu un traitement de substitution en Europe ⁽¹⁹⁾. D'après les experts nationaux, ce type de traitement est disponible pour presque tous les consommateurs d'opiacés dans neuf pays et pour la majorité des consommateurs dans sept autres. Ailleurs, on estime que des traitements de substitution sont disponibles pour une minorité de consommateurs d'opiacés dans dix pays (Estonie, Grèce, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Finlande et Norvège). Les données sur la disponibilité des traitements de substitution suggèrent une fracture régionale avec les degrés de disponibilité les plus faibles enregistrés dans les pays d'Europe de l'Est et du Nord (voir graphique 1B).

Traitement en milieu hospitalier

Le traitement en milieu hospitalier ou en hébergement exige que les patients restent hospitalisés pendant une durée allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Ces programmes adoptent généralement une politique d'abstinence (sans traitement de substitution) en vue de permettre au patient de s'abstenir de consommer de la drogue. Les patients bénéficient d'un hébergement, de traitements psychosociaux personnalisés et participent à des activités visant à les réinsérer dans la société. Une approche de communautés thérapeutiques est souvent adoptée dans ce contexte. Le traitement des toxicomanes en milieu hospitalier est aussi assuré dans des hôpitaux psychiatriques, notamment pour les patients présentant une comorbidité avec des problèmes psychiatriques.

En 2007, environ 40 000 personnes, soit un toxicomane sur dix commençant un traitement, ont été admises en milieu hospitalier. Plus de la moitié d'entre elles ont cité les opiacés comme drogue principale (56 %), et, pour

la majorité des autres, la drogue principale était le cannabis (14 %), des stimulants autres que la cocaïne (14 %) et la cocaïne (7 %).

L'âge moyen des toxicomanes entreprenant un traitement en milieu hospitalier est de 30 ans, alors que les consommateurs d'opiacés et de cocaïne entamant un traitement sont en moyenne plus âgés (31 ans) que les consommateurs de stimulants autres que la cocaïne (28 ans) et le cannabis (26 ans). La plupart des patients en milieu hospitalier sont des hommes, avec un ratio hommes/femmes global de 3,6/1. Ce ratio est plus faible parmi les consommateurs primaires de stimulants autres que la cocaïne (2,2/1) et plus élevé au sein des consommateurs de cocaïne (5,1/1) et de cannabis (8/1). Dans la plupart des pays où une telle comparaison était possible, la proportion de patients toxicomanes sans emploi ni logement stable est plus élevée chez les patients en milieu hospitalier que chez les patients entamant un traitement dans une structure ambulatoire ⁽²⁰⁾.

Les principaux fournisseurs de traitement en milieu hospitalier sont les organisations non gouvernementales (douze pays) et les institutions publiques (onze pays). Des institutions privées assument ce rôle au Danemark et au Luxembourg, alors qu'elles représentent les seconds fournisseurs les plus importants dans dix pays. Les experts nationaux estiment que les traitements psychologiques en milieu hospitalier sont disponibles pour la majorité de ceux qui les demandent dans douze pays et pour quasiment tous ceux qui sont en demande de ce type de traitement dans neuf autres pays. Dans six pays toutefois (Bulgarie, Danemark, Estonie, France, Hongrie et Roumanie), cette modalité de traitement n'était disponible que pour moins de la moitié de ceux qui en faisait activement la demande (voir graphique 1C).

Désintoxication

La désintoxication est généralement une condition préalable avant d'entamer un traitement en hébergement de longue durée basé sur l'abstinence. Il s'agit souvent, mais pas exclusivement, d'une intervention en hébergement assurée par des hôpitaux, des centres de traitement spécialisés ou des établissements avec des unités médicalisées ou psychiatriques.

Les institutions publiques sont les principaux fournisseurs de cures de désintoxication dans vingt et un pays. Les ONG sont les principaux fournisseurs en Belgique (Flandres) et aux Pays-Bas, alors que le secteur privé est prédominant en Bulgarie et au Luxembourg. Les experts

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

⁽¹⁹⁾ Voir tableau HSR-3 du bulletin statistique 2009.

⁽²⁰⁾ Voir tableaux TDI-10, TDI-13, TDI-15 et TDI-21 du bulletin statistique 2009.

nationaux estiment que la désintoxication est disponible pour la majorité de ceux qui la demandent dans neuf pays, et pour presque tous dans dix autres. Dans huit pays (Estonie, Irlande, Grèce, France, Lettonie, Roumanie, Slovaquie et Norvège), la désintoxication serait disponible pour moins de la moitié de ceux qui en font activement la demande (voir graphique 1D).

Assurance qualité

Les responsables de la planification dans le secteur de la santé et les décideurs politiques en Europe recherchent de plus en plus des mécanismes pour garantir un traitement de la toxicomanie de grande qualité. Ils ont également tendance à donner la priorité aux mesures fondées sur des preuves lorsqu'ils envisagent l'offre de traitement et l'allocation de ressources.

Les directives deviennent un outil important pour l'assurance qualité des traitements antidrogue. Les directives thérapeutiques comprennent des recommandations basées sur des preuves scientifiques, des avis d'experts, les préférences des utilisateurs des services et les systèmes de santé nationaux. Elles sont conçues pour aider à choisir et appliquer des mesures de traitement de la toxicomanie appropriées. Dans vingt des vingt-sept pays déclarants, des directives thérapeutiques nationales sont établies par une institution habilitée.

Les directives existantes couvrent en particulier le traitement pharmacologique de la toxicomanie. Des directives nationales en matière de traitement de substitution sont mentionnées dans dix-huit pays, et onze pays font état d'orientations relatives à la désintoxication. Toutefois, dans environ un tiers de ces pays, le respect de ces directives n'est pas une condition pour que le centre de traitement fonctionne ou reçoive des financements.

Les directives nationales pour les traitements psychosociaux et la réinsertion sociale sont moins courantes. Seuls sept États membres (Bulgarie, République tchèque, Allemagne, Danemark, Pays-Bas, Slovaquie et Royaume-Uni) font état de lignes directrices pour les interventions psychosociales et cinq pays (République tchèque, Allemagne, Portugal, Slovaquie et Royaume-Uni) pour la réinsertion sociale. Le fait que les directives nationales sont rares est probablement dû au manque de preuves disponibles, et cela souligne la nécessité de faire davantage d'essais contrôlés aléatoires multisites dans ces domaines.

La formation continue du personnel est importante pour garantir des prestations de services de grande qualité. Les cours de formation spécifiquement conçus pour le

Le portail des meilleures pratiques: nouveau module sur les traitements

Dans la foulée de l'introduction des modules sur la prévention universelle et sélective en 2008, l'OEDT a lancé un nouveau module consacré aux traitements de la toxicomanie sur son portail des meilleures pratiques. Il comprend une synthèse des résultats sur l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychosociaux des problèmes liés à la consommation d'opiacés, de stimulants et de cannabis, à partir des dernières études. Les activités figurant sur le portail ont été facilitées par une étude financée par la Commission européenne sur la qualité des traitements et l'échange de bonnes pratiques (direction générale de la santé et des consommateurs, 2008b).

Le module sur les traitements présente les résultats d'études qui comparent l'efficacité de différentes mesures. Dans l'idéal, l'efficacité est déterminée en menant des essais contrôlés ou des essais contrôlés aléatoires qui permettent de comparer les interventions par rapport à des mesures de résultats spécifiques. La plupart des éléments de preuves dans ce domaine proviennent d'études menées aux États-Unis. Les études se développent désormais en Europe avec un travail innovant sur les nouveaux agents pour le traitement de substitution aux opiacés.

Le nouveau module comprend également des liens vers d'autres sources d'information, des interventions évaluées, un glossaire et une brève synthèse des lacunes de la base d'informations actuelle. Le portail sera étoffé pour englober d'autres thèmes à l'avenir.

Le portail des meilleures pratiques de l'OEDT: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

personnel soignant chargé du traitement de la toxicomanie et certaines formes de formation continue liée au traitement de la toxicomanie pour les médecins sont courants dans l'Union européenne. La plupart des pays proposent des possibilités de formation similaires à d'autres professionnels dont les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues.

Quelques pays mentionnent des évaluations régulières des résultats pour tous les types de traitement de la toxicomanie. Cinq États membres évaluent les traitements de substitution et de désintoxication, et seuls le Danemark, l'Allemagne et le Royaume-Uni évaluent les résultats des mesures de traitements psychosociaux de façon régulière. Des évaluations ponctuelles ou irrégulières des résultats des traitements sont également mentionnées par certains pays.

Réduction des risques

La prévention et la réduction des risques liés à la drogue sont un objectif de santé publique dans tous les

États membres et de la stratégie antidrogue de l'UE (Commission européenne, 2007). Les principales mesures en la matière sont le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, qui ciblent les décès par overdose et la propagation des maladies infectieuses. Ces mesures sont mentionnées comme étant disponibles dans tous les pays à l'exception de la Turquie (voir chapitres 6 et 7). Bien qu'il existe des différences considérables dans la portée et les niveaux des services, la tendance générale en Europe est au renforcement et à la consolidation des mesures de réduction des risques.

La plupart des pays fournissent divers services sanitaires et sociaux, dont des évaluations et des conseils individuels sur les risques, des formations pour un usage plus sûr, des conseils et des tests concernant le dépistage des maladies infectieuses, la vaccination et le traitement des hépatites virales. Ces services sont souvent assurés par des agences à bas seuil. Les réponses en matière de réduction des risques vont au-delà de l'épidémie de VIH/sida pour englober la perspective plus vaste de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers à problèmes, notamment ceux qui sont socialement exclus.

Un processus de professionnalisation peut également être observé depuis quelques années, et le respect des normes de qualité fait l'objet d'un contrôle plus important. Par exemple, en 2006-2007, les services de réduction des risques en Angleterre ont été inspectés afin d'identifier les domaines d'amélioration possibles. La qualité peut également être assurée par une clause de respect de normes spécifiques dans les contrats de financement telle que mentionnée en République tchèque et en Estonie.

La responsabilité en matière d'assurance qualité incombe aux institutions nationales dans quatorze pays, alors que, dans les pays disposant d'un système fédéral, les agences au niveau sous-national peuvent en être responsables. Les directives peuvent être étayées par les résultats des recherches sur la rentabilité, comme dans le cas des orientations sur les programmes d'échange de seringues au Royaume-Uni (NICE, 2009). La participation des patients et les réactions du personnel sont également demandées pour développer et améliorer la qualité des services. Parmi les mécanismes permettant de diffuser les bonnes pratiques et les nouveaux résultats des recherches aux professionnels, on relève les plates-formes nationales de connaissances, telles que «Resultaten scoren» (évaluation des résultats) aux Pays-Bas et des événements internationaux de sensibilisation, par exemple sur l'hépatite C ⁽²¹⁾. Un protocole de collecte de données pour les agences spécialisées de réduction des risques à bas

seuil a également été élaboré par le réseau européen pour l'insertion sociale et la santé (European Network of Social Inclusion and Health) en coopération avec l'OEDT (Hedrich e.a., 2008a), dans le cadre de projets financés par l'UE en vue d'élaborer et d'appliquer des indicateurs européens en matière de santé.

Réinsertion sociale

La réinsertion sociale est reconnue comme une composante essentielle des stratégies globales de lutte contre la drogue. Elle peut être appliquée à n'importe quel stade de la toxicomanie et dans différents cadres et comprend le renforcement des capacités, l'amélioration des aptitudes sociales, des actions visant à faciliter et à promouvoir l'emploi ou encore à obtenir ou à améliorer les logements. En pratique, les programmes de réinsertion peuvent proposer une orientation professionnelle, des stages professionnels et une aide au logement. Les mesures en milieu carcéral qui ont une incidence sur la rechute et la récidive peuvent mettre les détenus en relation avec des services de logement communautaire et d'assistance sociale en vue de leur libération (direction générale de la santé et des consommateurs, 2008a). En général, les résultats des actions de réinsertion sociale reposent souvent sur une bonne collaboration entre les établissements de santé et d'assistance sociale.

Le nonaccès au logement, tout comme le fait de vivre dans des conditions précaires, est l'une des formes les plus graves d'exclusion sociale auxquelles sont confrontés les toxicomanes, et touche environ 10 % des consommateurs de drogue qui ont commencé un traitement en 2007 ⁽²²⁾. Ce taux pourrait être bien supérieur pour certains groupes de toxicomanes.

Tous les États membres déclarent disposer de logements sociaux pouvant accueillir des toxicomanes. Les informations indiquant dans quelle mesure les besoins en matière de logement des toxicomanes sont satisfaits restent toutefois rares. En Slovaquie par exemple, en raison des ressources financières limitées, la capacité de logement des services de réinsertion ne permet pas de satisfaire la demande.

Plusieurs pays font état de l'existence de logements aidés (par exemple la République tchèque, l'Allemagne, l'Irlande, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni). Ces logements sociaux temporaires sont généralement des chambres avec petit-déjeuner ou de petits appartements meublés avec un bail à court terme, et sont souvent proposés à la fin d'un traitement en

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>.

⁽²²⁾ Voir tableau TDI-15 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

hébergement pour permettre aux personnes de vivre de façon indépendante. En Irlande par exemple, les utilisateurs doivent payer le loyer et assurer des services domestiques cependant que les travailleurs sociaux les aident pour leur location ainsi que pour accéder à l'éducation, à la formation ou à l'emploi.

Étant donné que 45 % des toxicomanes commençant un traitement ont au mieux terminé l'école primaire et que 40 % environ sont au chômage ⁽²³⁾, l'aide apportée aux toxicomanes pour trouver un emploi et une formation professionnelle constitue un élément majeur du processus de réinsertion sociale. La plupart des États membres disposent de programmes dans ce domaine. En Hongrie, en République tchèque, en Lituanie, en Slovaquie et en Slovaquie, la réinsertion des toxicomanes sur le marché du travail a été facilitée par des projets financés dans le cadre de l'initiative de l'UE contre la discrimination sur le marché du travail (EQUAL). La plupart de ces projets aident les patients en traitement stabilisés à trouver des stages professionnels correspondant à leurs capacités. L'importance de cette approche est étayée par les résultats d'une étude écossaise qui révèle que les toxicomanes en cure de désintoxication qui bénéficient d'une aide liée à l'emploi avaient trois fois plus de chances de trouver un emploi rémunéré (McIntosh e.a., 2008).

Répression antidrogue et infractions liées à la drogue

L'application de la législation sur les drogues implique plusieurs autorités sous la tutelle de différents ministères (par exemple la police, la justice, la santé). Dans la pratique, l'expression «répression antidrogue» est fréquemment associée à l'ensemble des activités mises en œuvre par la police et les institutions connexes (par exemple les douanes) afin d'appliquer la législation relative à la consommation de drogue et au marché de la drogue. Parmi les domaines couverts, on relève la consommation et la détention, le trafic et la production de drogues ainsi que le détournement de substances chimiques et le blanchiment d'argent.

La répression antidrogue est au cœur de la réponse de l'Europe au phénomène de la drogue et bénéficie d'une part importante, probablement la plus importante, des ressources consacrées au problème de la drogue. Une récente tentative de comparaison de l'affectation des dépenses publiques liées à la drogue en Europe a suggéré qu'en moyenne, les dépenses publiques en matière d'ordre et de sécurité publics liées à la drogue (forces de police, tribunaux et prisons) pourraient être quasiment trois fois

supérieures aux sommes versées pour traiter les problèmes de santé liés à la consommation de drogue. Une proportion significative des sommes allouées en matière d'ordre et de sécurité publics bénéficieraient aux forces de police (OEDT, 2008e).

La nature et l'ampleur des efforts déployés dans le cadre de la répression antidrogue peuvent varier en fonction de la législation nationale et de son application mais aussi des ressources et des priorités des institutions impliquées, généralement les autorités répressives et les unités spécialisées («brigades de stupéfiants»).

Contrairement à d'autres domaines d'application des lois, où les agents de police répondent généralement aux violations de la loi, souvent dénoncées par des citoyens, le travail de répression antidrogue suit en grande partie une approche proactive, car il est principalement mené à l'initiative des services de répression compétents en matière de drogue. Cela est lié au fait que beaucoup d'infractions liées à la drogue peuvent être considérées comme des «délits consensuels», avec des individus consentants qui participent secrètement à une activité illégale dont la police n'a pas connaissance à moins de la découvrir par hasard (par exemple au cours d'une patrouille) ou grâce à une investigation active.

Par conséquent, la répression antidrogue comprend une vaste gamme d'activités qui reposent souvent sur la collecte, le traitement et l'échange d'informations grâce à des moyens humains ou électroniques, y compris des bases de données informatisées et des réseaux de communication dédiés. Cela est notamment le cas des activités visant à réduire l'offre de drogue ⁽²⁴⁾, dans lesquelles la répression antidrogue joue un rôle majeur avec des contacts avec des informateurs, des opérations infiltrées («activités sous couverture») et une surveillance électronique, notamment l'interception des communications.

Les livraisons surveillées de drogues et les opérations ciblées visant à démanteler ou à éliminer des points de vente de drogue font partie des méthodes d'intervention employées par les agences répressives en Europe. Une tactique plus courante consiste à réaliser des contrôles et des fouilles de personnes et de véhicules dans et autour de sites stratégiques, tels que les ports, les aéroports et les frontières terrestres, avec d'autres objectifs également, tels que le contrôle de l'immigration.

Les autorités répressives, notamment les douanes, sont également chargées dans beaucoup de pays d'appliquer la législation sur les substances chimiques contrôlées. Il s'agit de traiter les demandes d'importation et

⁽²³⁾ Voir tableaux TDI-12 et TDI-13 du bulletin statistique 2009.

⁽²⁴⁾ Pour la définition de la réduction de l'offre de drogue, voir encadré p. 30 du Rapport annuel 2008 de l'OEDT.

d'exportation mais également d'identifier et d'enquêter sur les transactions douteuses. Les forces de l'ordre peuvent également être amenées à démanteler des laboratoires clandestins de production de drogues illicites dans les pays où sont produites les drogues de synthèse.

Infractions liées à la drogue

En Europe, les rapports préliminaires de contravention à la législation antidrogue, généralement établis par les services de police, sont les seules données de routine disponibles sur la criminalité liée à la drogue ⁽²⁵⁾. Ces rapports font généralement état d'infractions telles que la production de drogue, le trafic et la vente ainsi que la consommation et la possession pour usage personnel.

Les données relatives aux infractions liées à la drogue peuvent être considérées comme des indicateurs indirects de la consommation de drogue et du trafic de drogue, ou comme des indicateurs plus directs des activités répressives. Toutefois, elles ne comprennent que les informations liées aux activités en matière de drogue qui ont été portées à l'attention des services de répression et elles peuvent également refléter des différences nationales en termes de législation, de priorités et de ressources. Par ailleurs, les systèmes nationaux d'information peuvent présenter des disparités, notamment en ce qui concerne les méthodes de déclaration et d'enregistrement. De ce fait, il est difficile d'établir des comparaisons pertinentes entre les pays et préférable de comparer des tendances plutôt que des chiffres absolus.

À partir des données fournies par vingt et un États membres, représentant 85 % de la population de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, le nombre d'infractions à la législation antidrogue déclarées a augmenté d'environ 29 % entre 2002 et 2007. Les données traduisent un accroissement des tendances dans tous les pays déclarants, à l'exception de la Bulgarie, de la République tchèque, de la Grèce, du Luxembourg, de la Hongrie et de la Slovaquie, qui font état d'une situation stable ou d'un recul global sur cette période ⁽²⁶⁾.

Infractions liées à la consommation et à la fourniture de drogues

L'équilibre entre les infractions liées à la consommation et celles liées à l'offre (vente, trafic, production) a peu évolué

Question particulière 2009 de l'OEDT sur les statistiques en matière de condamnations

L'OEDT a publié en 2009 une nouvelle question particulière sur les statistiques en matière de condamnations, qui examine l'issue donnée aux infractions liées à la drogue dans les pays européens. Ce rapport étudie les statistiques nationales disponibles de la police, des procureurs et des tribunaux et les examine en fonction du type d'infraction (possession, trafic) et du type de sanction (amende, détention, traitement). La principale question traitée est de savoir quelle est la réponse la plus courante dans chaque pays en cas d'arrestation pour possession de drogue ou infraction liée à l'offre.

Cette question particulière est disponible en version imprimée et sur l'internet en anglais uniquement (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

par rapport aux années précédentes. Dans la plupart des pays européens, la majorité des infractions liées à la drogue concerne l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel, avec 91 % (Espagne) du nombre total de cas en 2007 ⁽²⁷⁾. Les infractions liées à l'offre sont toutefois prédominantes en République tchèque (87 %) et aux Pays-Bas (69 %) (voir graphique 2). En République tchèque, la possession de petites quantités de drogue sans intention d'en fournir est passible d'un avertissement ou d'une amende alors qu'aux Pays-Bas, les infractions liées à la consommation de drogue ne sont généralement pas réprimées ⁽²⁸⁾.

Entre 2002 et 2007, le nombre d'infractions à la législation antidrogue concernant la consommation a augmenté dans la plupart des pays déclarants, avec une baisse enregistrée uniquement en Bulgarie, en Grèce, aux Pays-Bas et en Slovaquie sur la période concernée ⁽²⁹⁾. Globalement, le nombre d'infractions liées à la consommation dans l'Union européenne s'est accru d'environ 32 % entre 2002 et 2007.

Les infractions liées à l'offre de drogues se sont, elles aussi, multipliées au cours de la période 2002-2007, mais bien moins rapidement, avec un accroissement moyen de 14 % dans l'Union européenne. Au cours de cette période, le nombre d'infractions liées à l'offre a connu une baisse globale dans huit pays et une hausse dans huit autres ⁽³⁰⁾.

⁽²⁵⁾ Une discussion sur les relations entre la drogue et la criminalité est présentée dans OEDT (2007b).

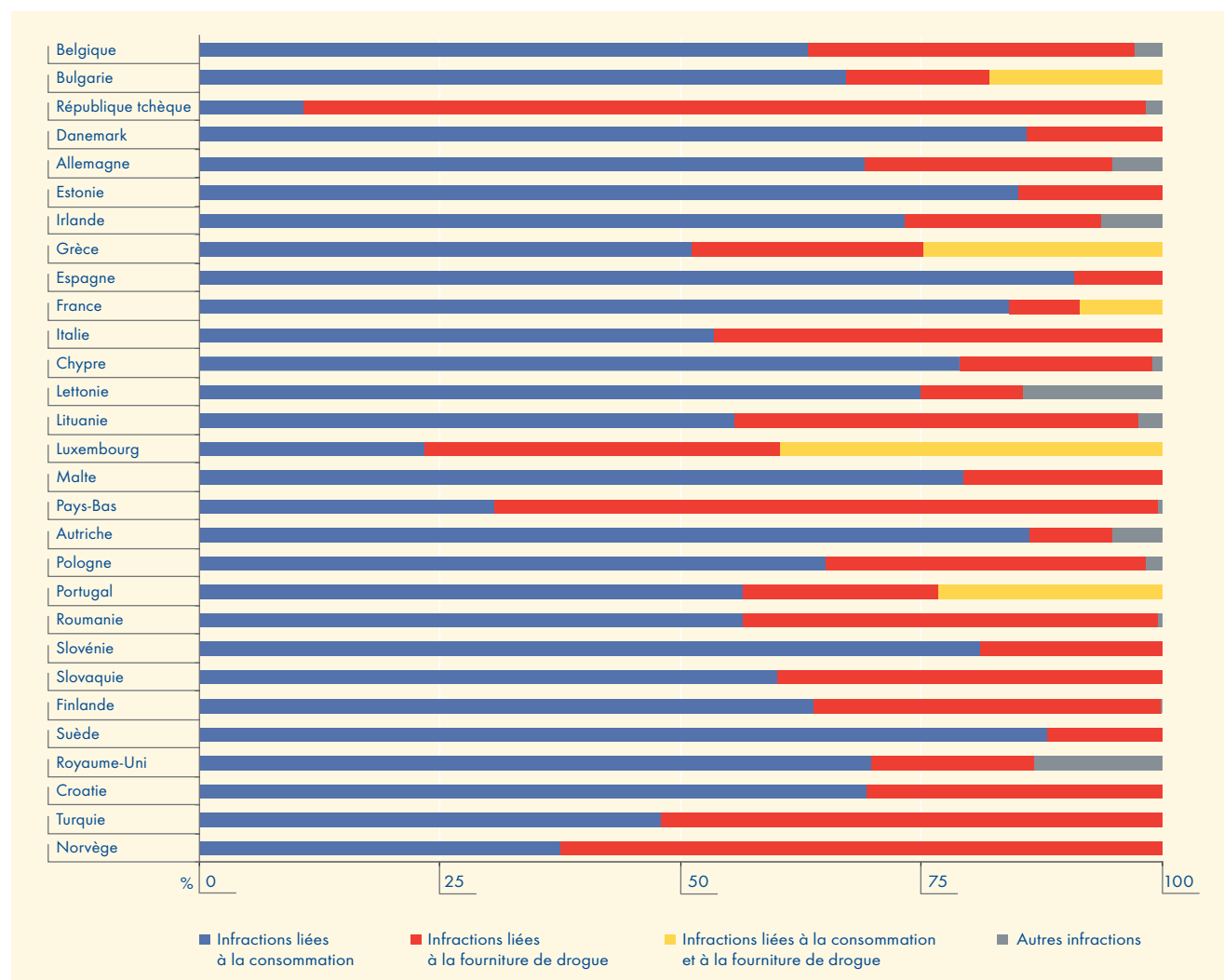
⁽²⁶⁾ Voir graphique DLO-1 et tableau DLO-1 du bulletin statistique 2009.

⁽²⁷⁾ Voir tableau DLO-2 du bulletin statistique 2009.

⁽²⁸⁾ Voir les «vues d'ensemble par pays» de la République tchèque et des Pays-Bas sur le site internet de l'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Voir graphique DLO-1 et tableau DLO-4 du bulletin statistique 2009.

⁽³⁰⁾ Voir graphique DLO-1 et tableau DLO-5 du bulletin statistique 2009.

Graphique 2 — Types d'infractions dans les rapports d'infractions liées à la drogue en Europe

NB: Pour de plus amples informations, voir le graphique DLO-2 du bulletin statistique 2009.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Tendances par drogue

Le cannabis reste la drogue illicite la plus souvent mentionnée dans les infractions liées à la drogue en Europe ⁽³¹⁾. Dans la majorité des pays européens, les infractions liées au cannabis représentent entre 55 et 85 % des cas signalés d'infractions à la législation antidrogue en 2007. Les infractions liées à d'autres drogues sont supérieures à celles liées au cannabis dans deux pays seulement: la Lituanie, avec l'héroïne (26 %); et la République tchèque, avec la méthamphétamine (59 %). En Lettonie, les infractions à la législation antidrogue se répartissaient à parts presque égales entre le cannabis, l'héroïne et l'ecstasy.

Entre 2002 et 2007, le nombre d'infractions liées au cannabis est resté stable ou a augmenté dans la majorité

des pays déclarants, ce qui s'est traduit par une croissance globale estimée à 23 % dans l'Union européenne. Des tendances à la baisse ont été constatées en Bulgarie, en République tchèque et en Slovaquie ⁽³²⁾.

Dans la période allant de 2002 à 2007, les infractions liées à la cocaïne ont augmenté dans tous les pays européens déclarants à l'exception de la Bulgarie et de l'Allemagne. Dans l'Union européenne, globalement, les infractions liées à la cocaïne se sont accrues de 59 % environ sur la même période ⁽³³⁾.

La tendance à la baisse des infractions liées à l'héroïne dans l'Union européenne observée dans des rapports précédents semble désormais s'inverser avec une hausse d'environ 7 % observée pour la période 2002-2007. Toutefois, les tendances nationales

⁽³¹⁾ Voir tableau DLO-3 du bulletin statistique 2009.

⁽³²⁾ Voir graphique DLO-3 et tableau DLO-6 du bulletin statistique 2009.

⁽³³⁾ Voir graphique DLO-3 et tableau DLO-8 du bulletin statistique 2009.

ont divergé, et la tendance à la hausse est principalement due à des hausses au cours des deux dernières années en Belgique, en Grèce, en Espagne, en France, en Pologne et au Portugal et à une stabilisation en Allemagne et en Autriche ⁽³⁴⁾.

Le nombre d'infractions liées aux amphétamines déclarées dans l'Union européenne continue d'afficher une tendance à la hausse avec une augmentation estimée de 59 % entre 2002 et 2007. Les infractions liées à l'ecstasy ont en revanche diminué d'environ 22 % sur la même période ⁽³⁵⁾.

Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral

Pour un jour donné, plus de 600 000 personnes sont en prison dans l'Union européenne ⁽³⁶⁾, soit un taux moyen d'incarcération d'environ 120 détenus pour 100 000 habitants. Les taux nationaux de population carcérale vont de 65 à 320 détenus pour 100 000 habitants, la plupart des États membres d'Europe centrale et orientale affichant des taux supérieurs à la moyenne. Toutefois, les chiffres nationaux et la moyenne européenne restent bien inférieurs aux taux enregistrés en Russie (629) et aux États-Unis (756) ⁽³⁷⁾.

Les détenus condamnés pour infractions liées à la drogue représentent entre 10 et 30 % de la population carcérale dans la plupart des pays de l'UE. Une proportion non déterminée d'autres détenus sont condamnés pour des atteintes à la propriété qui visent à satisfaire la toxicomanie ou d'autres délits liés à la drogue. Bien que le nombre total soit faible, le taux de contrevenants à la législation antidrogue parmi les détenus condamnés s'est accru au cours de ces dernières années dans plusieurs États membres d'Europe centrale et orientale.

Consommation de drogues dans la population carcérale

On constate encore un manque de normalisation des définitions, des thématiques de recherche et des méthodologies utilisées dans les études sur la consommation de drogues en prison (Vandam, 2009; direction générale de la santé et des consommateurs, 2008a), bien que les études existantes montrent que la prévalence de la consommation de drogue continue d'être

plus forte chez les détenus que dans la population générale. Les données de plusieurs études menées depuis 2002, principalement en Europe de l'Ouest, montrent qu'entre un tiers et la moitié des personnes interrogées déclarent avoir consommé régulièrement une drogue illicite avant leur incarcération. Les études indiquent également que les formes les plus dommageables de toxicomanie pourraient être concentrées chez les détenus, avec un cinquième à un tiers des personnes interrogées déclarant s'être déjà injecté de la drogue ⁽³⁸⁾.

Lors de l'admission en prison, la plupart des consommateurs réduisent ou cessent leur consommation de drogue, principalement en raison des difficultés à acquérir les substances. Néanmoins, le fait que les drogues illicites entrent dans la plupart des prisons, en dépit de toutes les mesures prises pour réduire l'approvisionnement, est reconnu tant par les experts du milieu carcéral que par les décideurs politiques en Europe. Les études réalisées depuis 2002 montrent que 1 à 50 % des détenus rapportent avoir consommé de la drogue en prison et jusqu'à 27 % font état d'une consommation régulière pendant l'incarcération ⁽³⁹⁾. Une étude sur 1 457 détenus de six prisons allemandes a montré que 22 % de ces détenus s'étaient injecté de la drogue en prison, alors que des études menées dans quatre autres pays ont révélé des taux de 10 % et plus ⁽⁴⁰⁾. Les toxicomanes par voie intraveineuse en détention semblent partager plus souvent leur matériel d'injection que ceux qui ne sont pas incarcérés. Cela soulève des inquiétudes quant à la propagation potentielle de maladies infectieuses au sein de la population carcérale.

La santé en milieu carcéral en Europe

Les prisonniers ont droit à la même prise en charge médicale que les personnes vivant dans la communauté, et les services de soins en prison devraient pouvoir assurer un traitement face aux problèmes liés à la consommation de drogue dans des conditions comparables à celles proposées à l'extérieur des prisons (CPT, 2006; OMS, 2007). Ce grand principe d'équivalence est reconnu dans l'Union européenne par le biais de la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie ⁽⁴¹⁾, et le nouveau plan d'action drogue de l'UE (2009-2012) appelle à sa mise en œuvre.

⁽³⁴⁾ Voir graphique DLO-3 et tableau DLO-7 du bulletin statistique 2009.

⁽³⁵⁾ Voir graphique DLO-3 du bulletin statistique 2009.

⁽³⁶⁾ Des données sur les prisons en Europe peuvent être consultées sur le site du Conseil de l'Europe, à l'adresse: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_1/List_Space_1.asp.

⁽³⁷⁾ Source: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> pour les chiffres concernant la Russie et les États-Unis d'Amérique.

⁽³⁸⁾ Voir tableaux DUP-105 et DUP-2 du bulletin statistique 2009.

⁽³⁹⁾ Voir tableau DUP-3 du bulletin statistique 2009.

⁽⁴⁰⁾ Voir tableau DUP-4 du bulletin statistique 2009.

⁽⁴¹⁾ JO L 165 du 3.7.2003, p. 31.

Les décideurs politiques nationaux accordent à présent davantage d'attention aux prestations de services de soins de santé, et des signes révèlent que les États membres améliorent les services qu'ils proposent aux détenus. Par exemple, plusieurs pays signalent désormais l'existence de politiques et de programmes nationaux en matière de soins de santé en prison. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour assurer aux détenus un accès à des services de santé de niveau et de qualité comparables à ceux proposés en dehors des prisons. En outre, les prisons doivent relever les défis posés par les besoins spécifiques en matière de santé des consommateurs de drogue, tels que les maladies infectieuses transmissibles par le sang et les personnes présentant une comorbidité avec des problèmes psychiatriques.

Aide aux toxicomanes en milieu carcéral

Les services proposés aux prisonniers dans les pays européens comprennent: des informations liées à la drogue et à la santé; le dépistage des maladies infectieuses et des campagnes de vaccination; le traitement contre la dépendance à la drogue, dont la désintoxication, les traitements de substitution et le sevrage; la préparation à la sortie. Parmi les exemples d'expansion constante des services proposés aux détenus, on relève l'introduction des traitements de substitution dans les prisons en République tchèque, en Pologne et en Suède, un programme de sevrage à Chypre et l'extension aux prisons du «traitement garanti» au Danemark (pour permettre de bénéficier d'un traitement de la toxicomanie dans les deux semaines suivant la demande).

La poursuite du traitement de substitution une fois la personne incarcérée est établie dans les règlements officiels de vingt-six pays, mais pas appliquée dans cinq d'entre eux, alors que vingt et un pays ont approuvé la mise en route de ce type de traitement en prison. Toutefois, d'après les experts, il existe des différences dans l'application de cette mesure. Les traitements de substitution sont disponibles dans quasiment toutes les prisons dans neuf pays, et dans plus de la moitié des pays dans quatre autres. En République tchèque, en France, en Allemagne et au Royaume-Uni, on estime qu'un traitement de substitution est disponible dans moins de la moitié des prisons et en Hongrie, en Pologne, en Finlande et en Suède dans quelques prisons seulement. Enfin, dans neuf pays (Bulgarie, Estonie, Grèce, Chypre, Lituanie, Lettonie, Slovaquie, Roumanie et Turquie), ce type de traitement n'est pas disponible en prison, bien que des préparatifs soient en cours pour le mettre en place en

Bulgarie et en Roumanie, et que des modifications juridiques soient en discussion en Lettonie.

La fourniture limitée de traitement de substitution dans la communauté se traduit généralement par l'absence ou l'offre très limitée de ce type de traitement en prison ⁽⁴²⁾. Les États membres font état d'autres obstacles à la fourniture de traitement de substitution en prison, notamment: l'absence de cadre réglementaire pour leur mise en place (Finlande) et la nécessité de payer pour le traitement (communauté francophone de Belgique). L'offre de traitement de substitution dépend aussi souvent des conditions locales et repose parfois sur l'initiative personnelle du médecin de la prison.

Des appréciations d'experts sur la disponibilité et l'étendue d'autres services de prévention et de réduction des risques en prison sont disponibles pour vingt-six pays de l'UE, la Norvège et la Turquie. Des conseils personnalisés sur les maladies infectieuses et l'évaluation des comportements à risque liés à la drogue existent dans les prisons de vingt-six pays. Le dépistage de l'hépatite C lors de l'arrivée en prison est pratiqué dans vingt-deux pays, mais pas en Hongrie, en Pologne et en Turquie; néanmoins, en Hongrie, plus de 14 % des détenus ont subi un dépistage du virus de l'hépatite C au cours des neuf premiers mois d'une campagne en cours qui a débuté en 2007. D'autres interventions sont également menées, dont des programmes de vaccination contre l'hépatite B ciblés dans les prisons, des formations de promotion de la santé spécifiques à la drogue pour le personnel carcéral et des conseils et des formations relatifs à l'usage dans des conditions sûres, qui sont proposées dans treize pays avec toutefois des niveaux de couverture variables.

L'étendue des mesures visant à prévenir les surdoses est similaire. Alors que des conseils en prévision de la libération sur les risques de surdose sont proposés dans dix-huit pays, on estime qu'ils n'ont été dispensés à un nombre significatif de détenus au cours des douze derniers mois que dans huit pays seulement. Seuls sept pays proposent des brochures d'information sur les décès et urgences liés à la drogue, élaborées spécifiquement pour le milieu carcéral ⁽⁴³⁾.

Des programmes d'échange de seringues en milieu carcéral existent en Allemagne, en Espagne, au Luxembourg, au Portugal et en Roumanie, et sont prévus au Royaume-Uni (Écosse). La réticence du personnel et le manque de confidentialité ont été cités parmi les obstacles à la bonne mise en œuvre de certains programmes d'échange de seringues en prison.

⁽⁴²⁾ Voir graphique HSR-2 du bulletin statistique 2009.

⁽⁴³⁾ Voir tableau HSR-7 du bulletin statistique 2009.



Chapitre 3 Cannabis

Introduction

La consommation de cannabis en Europe a considérablement évolué ces dix dernières années, tout comme le débat relatif à la réponse à donner à l'usage répandu de cette drogue. Pendant la première moitié des années 1990, quelques pays faisaient état d'une prévalence élevée, alors que la norme européenne correspondait à un taux de consommation qui, aujourd'hui, semblerait bas. Dans la plupart des pays, la consommation de cannabis a augmenté au cours des années 1990 et au début des années 2000, débouchant aujourd'hui sur une image européenne beaucoup plus uniforme, même s'il subsiste des différences d'un pays à l'autre. Par ailleurs, ces dernières années ont vu une prise de conscience croissante des implications pour la santé publique de la consommation répandue et à long terme de cette drogue, ainsi qu'une hausse du nombre des demandes de traitement enregistrées pour des problèmes liés au cannabis. À l'heure actuelle, l'Europe pourrait bien entrer dans une nouvelle phase, puisque les données issues d'enquêtes sur la population générale et scolaire indiquent une stabilisation, voire une baisse de la consommation. Celle-ci reste toutefois élevée par rapport aux niveaux

passés, et les éléments constitutifs d'une réponse efficace à la consommation de cannabis sont toujours une question clé du débat sur les drogues en Europe.

Offre et disponibilité

Production et trafic

Le cannabis peut être cultivé dans des environnements très divers et pousse à l'état sauvage dans de nombreuses régions du monde. À l'heure actuelle, on estime à 172 le nombre de pays et territoires où la plante est cultivée (ONUDD, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Considérés dans leur globalité, ces faits signifient qu'il est très difficile de fournir des estimations précises quant à la production mondiale de cannabis. L'ONUDD (2009) estime que la production mondiale de cannabis végétal en 2008 varie entre 13 300 et 66 100 tonnes.

La culture du cannabis est répandue en Europe et elle est probablement en hausse (Korf, 2008). En 2007, dix-neuf pays européens faisaient état d'une culture du cannabis dans leur pays, bien que l'ampleur du phénomène semble très variable. Une part importante

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

	Résine de cannabis	Cannabis végétal
Estimation de la production mondiale (tonnes)	2 200-9 900	13 300-66 100
Quantité mondiale saisie (tonnes)	1 300	5 600
Quantité saisie (tonnes) UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	853 (859)	70 (96)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Prix de vente moyen au détail (EUR par gramme) Intervalle (intervalle interquartile) ⁽¹⁾	3-11 (5-9)	1-12 (4-9)
Intervalle de puissance moyenne (teneur en THC)	2-13 %	1-10 %

⁽¹⁾ Intervalle contenant 50 % des prix moyens les plus au centre de la distribution.

NB: Les données se rapportent à 2007, hormis l'estimation de la production mondiale qui concerne 2008.

Sources: Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDD (2009) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

⁽⁴⁴⁾ Pour toute information complémentaire sur les sources de données en matière d'offre et de disponibilité de la drogue, voir p. 42.

du cannabis consommé en Europe pourrait toutefois résulter d'un trafic intrarégional.

Le cannabis végétal que l'on trouve en Europe est également importé: il provient d'Afrique (par exemple Nigeria, Maroc, Ghana, Afrique du Sud) et de façon moins fréquente d'Asie du Sud-Est (Pakistan) et d'Amérique (Jamaïque) (OICS, 2009a).

La production mondiale de résine de cannabis était estimée en 2008 à une quantité comprise entre 2 200 et 9 000 tonnes (ONUDD, 2009). Le Maroc en restait le principal acteur international. La superficie consacrée à la production de résine de cannabis y a toutefois reculé, passant de 134 000 hectares en 2003 à 76 400 hectares en 2005 (ONUDD et gouvernement marocain, 2007). On signale aussi la production de résine dans d'autres pays, dont l'Afghanistan et le Pakistan (ONUDD, 2009). La résine de cannabis produite au Maroc est généralement introduite clandestinement sur le territoire européen via la péninsule Ibérique et les Pays-Bas, avant d'être distribuée à d'autres pays européens.

Saisies

En 2007, on estime à 5 600 tonnes de cannabis végétal et à 1 300 tonnes de résine de cannabis les volumes saisis à l'échelle mondiale, ce qui constitue une hausse de 10 % par rapport à l'année précédente. L'Amérique du Nord reste en tête en ce qui concerne les saisies de cannabis végétal (66 %), alors que les saisies de résine de cannabis restent concentrées en Europe centrale et occidentale (66 %) (ONUDD, 2009).

En Europe, on estime à 241 000 le nombre de saisies de cannabis végétal, soit 96 tonnes, effectuées en 2007⁽⁴⁵⁾. Le nombre de saisies a plus que doublé entre 2002 et 2007. La quantité de cannabis végétal saisie a diminué de moitié au cours des deux premières années de la période puis a augmenté, restant toutefois bien inférieure aux 130 tonnes saisies en 2002. Le nombre de saisies de cannabis végétal a atteint un niveau record au Royaume-Uni, représentant environ la moitié du total en 2005 et 2006. La Turquie (25,5 tonnes) et la Belgique (12,8 tonnes) ont enregistré des saisies records en 2007.

En Europe, les saisies de résine de cannabis dépassent celles de cannabis végétal, tant en nombre qu'en quantité⁽⁴⁶⁾. En 2007, environ 325 000 saisies de résine de cannabis ont permis d'intercepter environ 859 tonnes de drogue, soit presque neuf fois la quantité de cannabis végétal saisi. Entre 2002 et 2007, le nombre de saisies de

Offre et disponibilité des drogues: données et sources

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

On considère généralement que les saisies de drogue constituent un indicateur indirect de l'offre, des itinéraires de trafic et de la disponibilité des drogues. Elles constituent un indicateur plus direct des activités répressives de lutte contre la drogue (par exemple les priorités, les moyens et les stratégies) et reflètent également les pratiques de communication des informations et la vulnérabilité des trafiquants. On peut également analyser les données sur la pureté ou la puissance ainsi que les prix au détail des drogues illicites pour comprendre les marchés de vente au détail de la drogue. Toutefois, la disponibilité de ce type de données peut être limitée, et leur fiabilité et leur comparabilité peuvent poser question. Des renseignements venant des forces de l'ordre pourraient aider à compléter le tableau obtenu.

L'OEDT collecte des informations nationales sur les saisies de drogue, leur pureté et leur prix au détail en Europe. Les autres données sur l'offre de drogue proviennent majoritairement des systèmes d'information et des analyses de l'ONUDD, et sont complétées par des informations supplémentaires émanant d'Europol. Les informations sur les produits précurseurs sont obtenues de la Commission européenne, qui collecte des données sur les saisies de ces substances dans l'UE, et de l'OICS, qui participe à des initiatives internationales visant à prévenir le détournement de précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication de drogues illicites.

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

résine de cannabis a augmenté, alors que les quantités saisies ont fluctué sur la même période. Un peu plus de la moitié du nombre total de saisies de résine de cannabis et environ trois quarts des quantités saisies en 2007 ont été réalisées en Espagne, alors que des quantités records de résine de cannabis ont été saisies en Belgique (59 tonnes), au Portugal (43 tonnes) et en Turquie (6 tonnes).

⁽⁴⁵⁾ Les données relatives aux saisies de drogue en Europe citées dans ce chapitre figurent dans les tableaux SZR-1 à SZR-6 du bulletin statistique 2009.

⁽⁴⁶⁾ En raison des différences de taille des cargaisons et des distances parcourues, ainsi que de la nécessité de franchir des frontières internationales, le risque de saisie de la résine de cannabis pourrait être plus important que celui du cannabis végétal produit dans le pays.

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

Tranches d'âge	Période de consommation		
	Toute la vie	Année dernière	Mois dernier
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	74 millions	22,5 millions	12 millions
Moyenne européenne	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Plage de données	1,5-38,6 %	0,4-14,6 %	0,1-7,2 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (1,5 %) Malte (3,5 %) Bulgarie (5,6 %) Chypre (6,6 %)	Roumanie (0,4 %) Malte (0,8 %) Grèce (1,7 %) Bulgarie (1,9 %)	Roumanie (0,1 %) Malte (0,5 %) Suède (0,6 %) Lituanie (0,7 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Danemark (38,6 %) Italie (31,2 %) France (30,6 %) Royaume-Uni (30,0 %)	Italie (14,6 %) Espagne (10,1 %) République tchèque (9,3 %) France (8,6 %)	Italie (7,2 %) Espagne (7,1 %) France, République tchèque (4,8 %)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	41,5 millions	17 millions	9 millions
Moyenne européenne	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Plage de données	2,9-48,0 %	0,9-20,9 %	0,3-13,4 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (2,9 %) Malte (4,8 %) Chypre (9,9 %) Grèce (10,8 %)	Roumanie (0,9 %) Malte (1,9 %) Grèce (3,2 %) Chypre (3,4 %)	Roumanie (0,3 %) Suède (1,3 %) Grèce, Lituanie (1,5 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Danemark (48,0 %) France (43,6 %) Royaume-Uni (40,1 %) République tchèque (38,3 %)	Italie (20,9 %) République tchèque (19,3 %) Espagne (18,8 %) France (16,7 %)	Espagne (13,4 %) Italie (10,4 %) République tchèque, France (9,8 %)
15-24 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	19 millions	10 millions	5 millions
Moyenne européenne	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Plage de données	3,7-43,9 %	1,5-28,2 %	0,5-16,9 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (3,7 %) Malte (4,9 %) Chypre (6,9 %) Grèce (9,0 %)	Roumanie (1,5 %) Grèce, Chypre (3,6 %) Suède (6,0 %) Portugal (6,6 %)	Roumanie (0,5 %) Grèce (1,2 %) Suède (1,6 %) Chypre, Lituanie (2,0 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (43,9 %) France (42,0 %) Danemark (41,1 %) Allemagne (39,0 %)	République tchèque (28,2 %) Espagne (24,1 %) Italie (22,6 %) France (21,7 %)	Espagne (16,9 %) République tchèque (15,4 %) France (12,7 %) Italie (11,5 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions), 15-34 ans (133 millions) et 15-24 ans (63 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2009.		

Les saisies de plants de cannabis ont augmenté régulièrement depuis 2002, atteignant environ 15 000 cas en 2007. Les pays font état de la quantité saisie soit en

termes de nombre de plants, soit à l'aide d'une estimation du poids. Le nombre de plants saisis s'est élevé à 2,4 millions, soit un chiffre relativement stable

depuis deux ans, en hausse par rapport au chiffre de 2002: 1,5 million. Le poids des plants saisis a nettement progressé sur la période et a atteint 27 tonnes en 2007, dont 25 tonnes enregistrées en Espagne.

Puissance et prix

La puissance des produits à base de cannabis est fonction de leur teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), son principal élément actif. Elle varie fortement d'un pays et d'une région à l'autre, ainsi qu'entre produits. Les informations sur la puissance du cannabis sont essentiellement basées sur des analyses médico-légales du cannabis saisi, sélectionné à partir d'échantillons. Il n'est pas évident de déterminer dans quelle mesure les échantillons analysés reflètent l'ensemble du marché, et il convient pour cette raison d'interpréter les données sur la puissance avec prudence. En 2007, la teneur moyenne nationale en THC signalée pour les échantillons de résine allait de 2,9 à 13,3 %. La puissance moyenne du cannabis végétal, hormis la sinsemilla produite aux Pays-Bas («nederwiet»), était comprise entre 1,2 et 10,2 %. Entre 2002 et 2007, la puissance moyenne déclarée de la résine et du cannabis végétal est restée stable ou a diminué dans beaucoup des seize pays européens pour lesquels cette analyse a pu être faite. Toutefois, une tendance à la hausse de la teneur moyenne en THC a été observée pour la résine de cannabis au Portugal et au Luxembourg. Des hausses de la puissance du cannabis végétal ont été observées dans cinq autres pays. Des informations sur la puissance du cannabis végétal produit à l'échelle locale sur plusieurs années ne sont disponibles que pour les Pays-Bas, où une récente baisse de la puissance moyenne du nederwiet a été observée; après un pic à 20,3 % en 2004, le taux qui s'élevait à 16,0 % en 2006 est resté au même niveau en 2007 ⁽⁴⁷⁾.

Le prix moyen au détail de la résine de cannabis en 2007 oscillait entre 3 et 11 euros par gramme dans les dix-huit pays disposant d'informations à ce sujet, et la moitié d'entre eux faisaient état de prix compris entre 5 et 9 euros. Le prix moyen de vente au détail de cannabis végétal se situait entre 1 et 12 euros par gramme dans les dix-sept pays fournissant des informations, et la moitié d'entre eux affichaient des prix variant entre 4 et 9 euros. Pour les onze pays disposant de données couvrant la période 2002-2007, le prix moyen au détail de la résine de cannabis, corrigé de l'inflation, a baissé. Sur la même période, les données disponibles pour le cannabis végétal indiquent une situation plus stable.

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cannabis parmi la population en général

Selon une estimation prudente, le cannabis a été consommé au moins une fois (prévalence au cours de la vie) par environ 74 millions d'Européens, soit plus d'un cinquième de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (voir tableau 3 pour une synthèse des données). Il existe des écarts considérables d'un pays à l'autre, avec des chiffres nationaux de prévalence oscillant entre 1,5 et 38,6 %. La plupart des pays font état d'estimations de la prévalence comprises entre 10 et 30 %.

De nombreux pays déclarent des niveaux de prévalence relativement élevés pour la consommation de cannabis au cours de l'année et du mois écoulés. On estime ainsi que 22,5 millions d'Européens ont consommé du cannabis au cours de la dernière année, soit environ 6,8 % de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans. Les estimations de la prévalence au cours du dernier mois tiennent compte des personnes consommant du cannabis plus régulièrement, mais pas nécessairement de manière intensive. On estime ainsi que 12 millions d'Européens ont consommé du cannabis au cours des trente derniers jours, soit une moyenne d'environ 3,6 % de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans.

Consommation de cannabis chez les jeunes adultes

La consommation de cannabis est essentiellement le fait de jeunes adultes (15-34 ans), les niveaux de consommation au cours de la dernière année les plus élevés étant généralement observés chez les 15-24 ans. C'est le cas dans pratiquement tous les pays européens, à l'exception du Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Les données des enquêtes de population suggèrent qu'en moyenne 31,1 % des jeunes adultes européens (15 à 34 ans) ont un jour pris du cannabis, contre 12,5 % qui en ont également consommé au cours des douze derniers mois et 6,8 % au cours des trente derniers jours. On estime qu'une part plus importante encore d'Européens de 15 à 24 ans a consommé du cannabis au cours de l'année écoulée (15,9 %) ou du mois dernier (8,3 %). Les estimations nationales en matière de prévalence de la consommation de cannabis varient fortement d'un pays à l'autre, quel que soit le critère considéré. Les pays du haut de l'échelle affichent des valeurs jusqu'à dix fois supérieures à celles des pays ayant la prévalence la plus basse.

⁽⁴⁷⁾ Voir tableaux PPP-1 et PPP-5 du bulletin statistique 2009 pour les données sur la puissance et le prix.

⁽⁴⁸⁾ Voir graphique GPS-1 du bulletin statistique 2009.

Les enquêtes de population: un outil important pour comprendre l'évolution et les tendances de la consommation de drogue en Europe

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

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

La réalisation d'enquêtes étant onéreuse, peu de pays européens collectent des informations chaque année, bien qu'ils soient nombreux à le faire à des intervalles allant de deux à quatre ans. Dans le présent rapport, les données présentées sont fonction de l'enquête la plus récente disponible dans chaque pays; dans la plupart des cas, cette enquête a été réalisée entre 2004 et 2007.

Des trois durées standards utilisées pour communiquer les données des enquêtes, la prévalence au cours de la vie (consommation de drogue à tout moment de la vie) est la plus courante. Cette mesure ne reflète pas la consommation actuelle de drogue parmi les adultes, mais elle est utile pour comprendre les habitudes de consommation et l'incidence. Pour les adultes, les tranches d'âge standards utilisées par l'OEDT sont les 15-64 ans (tous les adultes) et les 15-34 ans (jeunes adultes), et l'accent est placé sur la consommation au cours de la dernière année et du dernier mois (consommation au cours des douze derniers mois ou des trente derniers jours avant l'enquête) (1). Chez les élèves, la prévalence au cours de la vie et celle au cours de la dernière année sont similaires, car la consommation de drogues illicites avant 15 ans reste rare.

Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) applique des méthodes et instruments normalisés pour mesurer la consommation de drogue et d'alcool dans des échantillons représentatifs d'élèves de 15 et 16 ans. Des enquêtes ont été menées en 1995, 1999, 2003 et 2007. En 2007, des données ont été collectées dans trente-cinq pays, dont vingt-cinq États membres de l'UE, la Norvège et la Croatie (2).

(1) Pour de plus amples informations, voir <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>.

(2) Un résumé des principales conclusions de l'enquête ESPAD 2007 est disponible en 23 langues (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Le rapport complet peut être consulté en ligne sur le site internet de l'ESPAD (<http://www.espad.org>).

La consommation de cannabis est plus forte chez les hommes que chez les femmes (voir OEDT, 2006a), bien qu'on observe des différences marquées d'un pays à l'autre. Ainsi, la proportion hommes/femmes chez les personnes déclarant avoir consommé du cannabis au cours de l'année écoulée allait de 6,4 hommes pour une femme au Portugal à 1,4 en Autriche.

Consommation de cannabis chez les élèves

L'enquête ESPAD (49) fournit des données comparables sur la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Européens scolarisés âgés de 15 et 16 ans (Hibell e.a., 2009). En 2007, l'enquête a été menée dans vingt-cinq États membres de l'UE ainsi qu'en Norvège et en Croatie. Certains pays (par exemple l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni) conduisent leurs propres enquêtes nationales en milieu scolaire qui fournissent des données, notamment sur la consommation de cannabis, comparables à celles des enquêtes ESPAD et HBSC

(*Health behaviour in school-aged children — le comportement sanitaire des enfants en âge scolaire*).

Les données de l'enquête ESPAD 2007 révèlent que la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans est la plus élevée en République tchèque (45 %) (50), alors que l'Estonie, la France, les Pays-Bas, la Slovaquie et le Royaume-Uni font état de niveaux de prévalence allant de 26 à 32 %. Quelque quinze pays indiquent des niveaux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie compris entre 13 et 25 %. Les taux les plus faibles (moins de 10 %) sont relevés en Grèce, à Chypre, en Roumanie, en Finlande, en Suède et en Norvège. Globalement, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes scolarisés varie peu entre les sexes.

La prévalence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois pour les 15-16 ans en Europe est la plus élevée en Espagne (20 %) et en République tchèque (18 %) (51).

(49) Voir l'encadré sur les enquêtes de population sur cette même page.

(50) Voir graphique EYE-1 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

(51) Voir graphique EYE-1 (partie i) du bulletin statistique 2009.

Comparaisons internationales

Les chiffres européens peuvent être comparés à ceux d'autres régions du monde. Ainsi, aux États-Unis, l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé (Samhsa, 2007) estimait à 49 % la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes adultes (15-34 ans, recalculée par l'OEDT) et à 21 % la prévalence au cours de l'année dernière. Pour la même tranche d'âge, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie était de 58 %, et la prévalence au cours de l'année écoulée était de 28 % au Canada (2004), alors qu'en Australie (2007), les chiffres étaient de 47 % et de 16 %. Tous ces chiffres sont supérieurs aux moyennes européennes correspondantes, respectivement de 31,1 % et de 12,5 %.

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

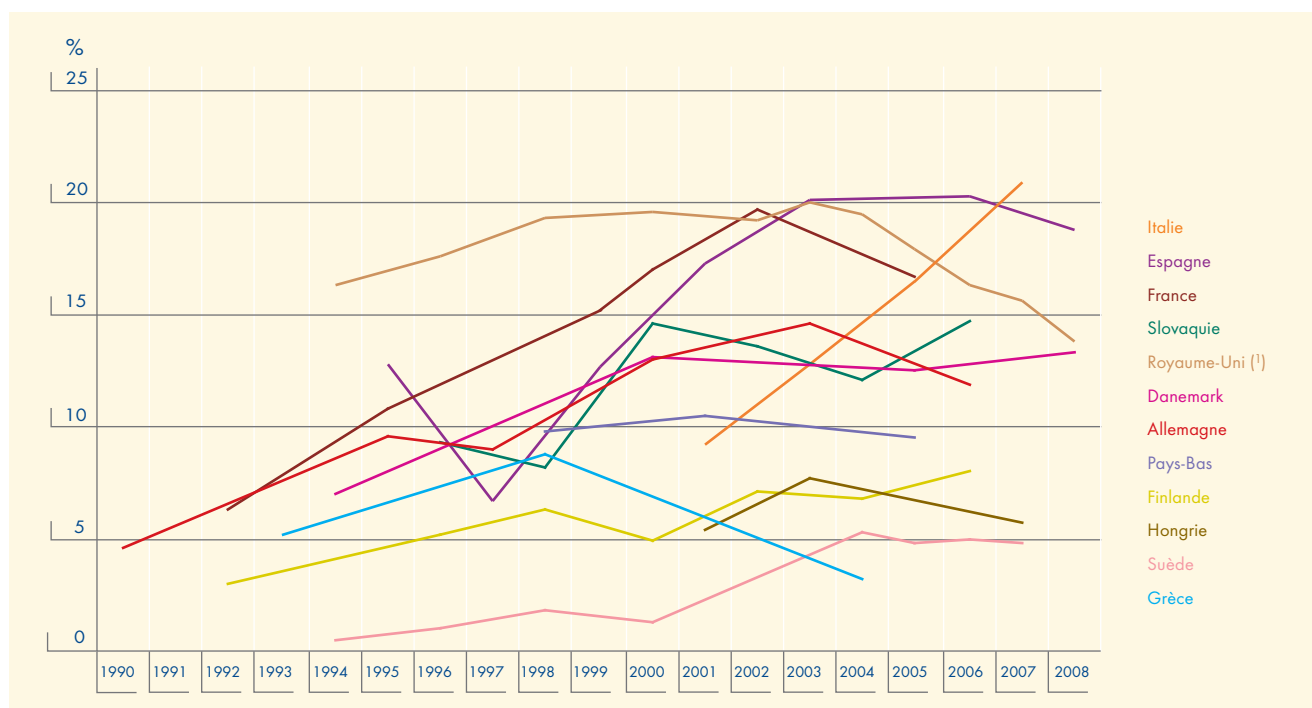
Tendances de la consommation de cannabis

Les données de l'enquête nationale communiquées à l'OEDT révèlent que dans pratiquement tous les pays

européens, la consommation de cannabis a connu un déclin marqué au cours des années 90, surtout chez les jeunes (voir graphique 3) et les élèves. À l'aube du XXI^e siècle, dans la plupart des pays européens, une proportion importante de jeunes avaient consommé ou consommaient encore cette drogue, comme le montre le fait qu'entre 1998 et 2003, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les 15-34 ans est passée à plus de 30 % dans sept pays et a dépassé 40 % dans deux autres. La prévalence de la consommation au cours de l'année écoulée pour cette tranche d'âge a atteint 15 à 20 % dans sept pays et la prévalence de la consommation au cours du mois écoulé variait entre 8 et 15 % dans six pays.

L'évolution de la consommation de cannabis au Royaume-Uni est particulièrement intéressante. Ce pays s'est démarqué sur la scène européenne comme le pays qui a déclaré les plus fortes estimations de prévalence pendant la première moitié des années 90. La situation a progressivement évolué, car les niveaux de consommation ont augmenté dans les autres pays. Par ailleurs, l'usage de cannabis au Royaume-Uni a régulièrement baissé depuis environ 2002, notamment dans la tranche d'âge des 16-24 ans ⁽⁵²⁾, suggérant ainsi une évolution d'une

Graphique 3 — Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans)



(1) Angleterre et pays de Galles.

NB: Voir le graphique GPS-4 du bulletin statistique 2009 pour de plus amples informations.

Source: Rapports nationaux Reitox (2008), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

(52) Voir graphique GPS-10 du bulletin statistique 2009.

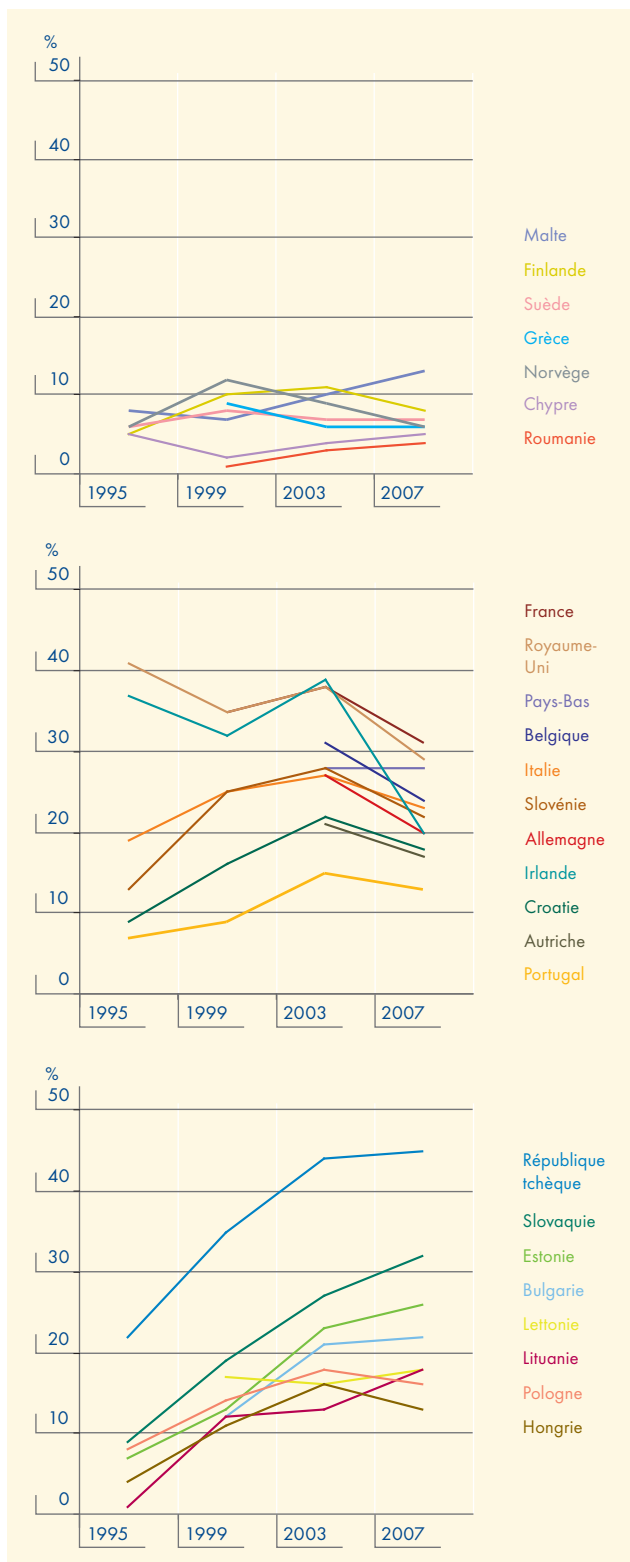
génération à l'autre. On constate désormais une tendance à la baisse ou à la stabilisation ailleurs, tant dans les données tirées de certaines études sur la population en général et l'école. Parmi les onze pays pour lesquels il est possible d'analyser la tendance de la prévalence au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes entre 2002 et 2007, quatre font état de baisses d'au moins 15 % par rapport au taux initial et, dans quatre autres, la situation semble stable ⁽⁵³⁾. Dans trois pays, les niveaux de prévalence se sont accrus d'au moins 15 %, bien que d'autres données remettent cette tendance à la hausse en question.

Tendances chez les élèves

À l'instar des adultes, un certain nombre de pays européens ont enregistré une hausse de la consommation de cannabis chez les élèves entre 1995 et 2003, mais, en règle générale, cette tendance a marqué une pause ou s'est inversée plus récemment. Deux pays seulement, suivis par l'OEDT, qui ont participé à l'enquête scolaire ESPAD en 2007 (la Lituanie et la Slovaquie), ont affiché une hausse de plus de 3 points de la consommation de cannabis au cours de la vie depuis 2003 alors que neuf pays font état d'une baisse équivalente au cours de cette période ⁽⁵⁴⁾. Les données d'enquêtes scolaires aux États-Unis et en Australie illustrent également une tendance à la baisse qui a d'abord été constatée en Australie en 1999 ⁽⁵⁵⁾.

L'évolution dans le temps de la consommation de cannabis chez les élèves entre 1995 et 2007 est variable à travers l'Europe (voir graphique 4). Sept pays, essentiellement d'Europe du Nord et du Sud (Grèce, Chypre, Malte, Roumanie, Finlande, Suède et Norvège), ont fait état d'une prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie globalement stable et faible sur toute la période. La plupart des pays d'Europe de l'Ouest ainsi que la Croatie et la Slovénie, qui avaient enregistré une prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie élevée ou en forte augmentation depuis 2003, ont affiché une baisse ou une stabilisation en 2007. Parmi ces onze pays, neuf ont fait état d'une baisse de plus de 3 points de pourcentage et deux, d'une tendance stable. La situation est quelque peu différente dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale où la tendance à la hausse observée entre 1995 et 2003 semble se tasser. Dans cette région, six pays indiquent une situation stable et deux une hausse de plus de 3 points de pourcentage ⁽⁵⁶⁾.

Graphique 4 — Évolution des tendances de la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans



Source: Enquêtes ESPAD.

⁽⁵³⁾ En l'absence d'informations sur les années exactes, les données de l'année précédente ou suivante ont été utilisées.

⁽⁵⁴⁾ L'enquête ESPAD considère les hausses ou baisses de plus de 3 points de pourcentage comme des indicateurs de changement.

⁽⁵⁵⁾ Voir graphique EYE-1 (partie xii) du bulletin statistique 2009.

⁽⁵⁶⁾ Voir graphique EYE-1 (partie xiii) du bulletin statistique 2009.

Dans certains pays européens, les hausses de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves entre 1995 et 2003 se sont accompagnées d'augmentations de la prévalence au cours de la vie du tabagisme. Depuis 2003, ces deux tendances se sont inversées dans beaucoup de pays, suggérant un lien possible entre le tabagisme et la consommation de cannabis chez les jeunes ⁽⁵⁷⁾.

Modes de consommation du cannabis

Les données disponibles indiquent des modes de consommation du cannabis variables. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, seules 30 % l'ont fait au cours de l'année écoulée ⁽⁵⁸⁾. Toutefois, parmi les personnes qui ont consommé de la drogue l'année dernière, 50 % en moyenne l'ont fait au cours du mois écoulé, et des recherches récentes montrent que la consommation répétée de cette substance peut être assez stable sur de longues périodes, y compris chez les jeunes consommateurs (Perkonig, 2008).

L'estimation de la prévalence des modes de consommation intensifs et à long terme est une importante question de santé publique en raison de sa corrélation avec des répercussions négatives, telles que des troubles respiratoires, des sous-performances et la dépendance (Hall et Solowij, 1998). La consommation quotidienne ou quasi quotidienne (vingt jours au moins au cours des trente derniers jours) est actuellement le meilleur indicateur comparable d'usage intensif. Les données relatives à cette forme de consommation du cannabis en Europe ont été collectées en 2007-2008, dans le cadre d'un «essai sur le terrain» coordonné par l'OEDT, en collaboration avec des experts nationaux et les points focaux Reitox de treize pays représentant 77 % de la population adulte de l'UE (15-64 ans). Sur la base de ces données, on estime que plus de 1 % de tous les adultes européens, soit quelque 4 millions de personnes, consomment du cannabis tous les jours ou presque. La plupart de ces consommateurs de cannabis, soit 3 millions, ont entre 15 et 34 ans, ce qui correspond à environ 2-2,5 % de tous les Européens de cette tranche d'âge ⁽⁵⁹⁾.

Les tendances de la consommation intensive de cannabis sont difficiles à cerner en raison du manque de données.

Parmi les sept pays disposant de données sur les tendances récentes, quatre (Espagne, France, Italie et Portugal) affichent une hausse de la prévalence de la consommation quotidienne de cannabis, un pays fait part d'une situation stable (Irlande), et deux seulement enregistrent une baisse (Grèce et Pays-Bas) ⁽⁶⁰⁾. Ces résultats indiquent une probable hausse globale du nombre de consommateurs intensifs de cannabis en Europe au cours de la dernière décennie.

La dépendance au cannabis est de plus en plus reconnue comme l'une des conséquences possibles d'une consommation régulière de la drogue, bien que sa gravité et ses conséquences semblent moins importantes que celles généralement observées avec d'autres substances psychoactives (par exemple l'héroïne ou la cocaïne). Néanmoins, eu égard à la proportion relativement grande de la population qui consomme régulièrement du cannabis, l'impact global des modes de consommation intensifs sur la santé publique pourrait être important. Les consommateurs, notamment les grands consommateurs, peuvent également connaître des problèmes sans nécessairement satisfaire aux critères cliniques de dépendance.

Les études montrent que le développement de la dépendance au cannabis est moins rapide qu'avec d'autres drogues (par exemple la cocaïne) et que, parmi ceux qui ont consommé cette drogue au moins une fois dans leur vie, la proportion de ceux qui deviennent dépendants un jour n'excéderait pas 10 % (Wagner et Anthony, 2002). Les données issues des enquêtes réalisées auprès de la population générale aux États-Unis révèlent une dépendance pour quelque 20-30 % des utilisateurs quotidiens ⁽⁶¹⁾. D'autres études suggèrent que la dépendance au cannabis peut être relativement stable dans le temps (Swift e.a., 2000). Néanmoins, probablement plus de la moitié des consommateurs de cannabis dépendants qui cessent de le consommer y parviennent sans traitement (Cunningham, 2000; Ellingstad e.a., 2006).

Modes de consommation chez les élèves

L'enquête ESPAD 2007 montre également que la consommation de cannabis au cours de la vie est associée à des perceptions de risques moindres et de grande

⁽⁵⁷⁾ Voir la question particulière sur la polytoxicomanie.

⁽⁵⁸⁾ Voir graphique GPS-2 du bulletin statistique 2009.

⁽⁵⁹⁾ Les moyennes européennes présentées ici sont des estimations basées sur une moyenne pondérée (en proportion de la population) relative aux pays ayant fourni des informations. Le résultat moyen est imputé pour les pays n'ayant communiqué aucune donnée. Les chiffres obtenus sont de 1,2 % pour tous les adultes (15-64 ans) et de 2,3 % pour les jeunes adultes (15-34 ans). Voir tableau GPS-7 du bulletin statistique 2008.

⁽⁶⁰⁾ Voir tableau GPS-7 du bulletin statistique 2009.

⁽⁶¹⁾ Analyse des données issues de l'enquête de population nationale menée aux États-Unis entre 2000 et 2006. Système d'analyse en ligne NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, consulté le 25 février 2008 et analysé à l'aide des variables MJDAY30A et DEPNDMRJ.

Échelles brèves pour évaluer les formes problématiques de consommation du cannabis dans les enquêtes de population en général

Des éléments probants montrent que la dépendance au cannabis peut être mesurée dans la population générale de façon aussi fiable que dans les échantillons de consommateurs traités, notamment l'évaluation des syndromes de sevrage (Mennes e.a., 2009). En collaboration avec plusieurs pays, l'OEDT développe donc des méthodes de suivi des modes de consommation intensifs et à long terme du cannabis.

Différentes méthodologies permettant d'estimer, dans le cadre d'enquêtes auprès de la population en général, la prévalence des modes de consommation intensifs et problématiques de drogue, essentiellement du cannabis, ont été testées au cours de ces dernières années. Des experts allemands ont mené des études bibliographiques et examiné les travaux en cours dans ce domaine et ont identifié quatre échelles brèves de cannabis qui ont été testées dans des échantillons de la population générale en Europe. Il s'agit de l'échelle de gravité de la dépendance (SDT), de la consommation problématique de marijuana (PUM), du questionnaire CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) et du test CUDIT (*Cannabis Use Disorders Identification Test*) (Piontek e.a., 2008). Ces échelles comprennent entre quatre et dix points, et leurs propriétés psychométriques (par exemple la capacité à différencier les cas et les non-cas de façon cohérente et conformément au concept souhaité de dépendance ou problèmes liés au cannabis) se sont en général révélées très instructives.

Certaines difficultés subsistent toutefois dans ce domaine en raison du manque de consensus pour savoir quel concept (par exemple dépendance, abus, utilisation nocive, problèmes liés à la consommation) ou ensemble de concepts doit être mesuré pour évaluer les modes problématiques de consommation du cannabis. Il existe également des difficultés en matière d'estimations, car l'évaluation d'un phénomène avec une prévalence faible peut produire des cas «faussement positifs» et conduire ainsi à une surestimation de la consommation problématique de cannabis dans la population générale. Des études de validation complémentaires, actuellement en cours ou prévues, pourraient contribuer à surmonter ces difficultés.

disponibilité de cette drogue ⁽⁶²⁾. Par rapport à la population générale des élèves, les consommateurs de cannabis sont davantage susceptibles de consommer de l'alcool, du tabac et d'autres drogues illicites ⁽⁶³⁾.

De nouvelles données issues de l'enquête ESPAD nous éclairent aussi un peu sur les modes plus intensifs de

consommation du cannabis. Dans dix pays européens, entre 5 et 12 % des garçons de 15-16 ans indiquent avoir consommé du cannabis à 40 reprises ou plus. Ce taux est au moins deux fois supérieur à celui enregistré chez les filles, ce qui vient confirmer les données indiquant que les modes de consommation intensive sont plus courants chez les garçons. L'apparition précoce de la consommation est associée au développement ultérieur de formes plus intensives et problématiques de consommation de drogue. Dans la plupart des dix pays affichant des taux relativement élevés de consommation fréquente, entre 5 et 9 % des élèves indiquent avoir commencé à consommer du cannabis dès l'âge de 13 ans ou avant ⁽⁶⁴⁾.

Traitement

Demandes de traitement

En 2007, le cannabis représentait la drogue primaire pour environ 20 % des admissions en traitement (73 000 patients), soit la deuxième drogue la plus citée après l'héroïne. Toutefois, les différences nationales sont considérables avec la Bulgarie, la Lituanie et la Slovénie, faisant état de moins de 5 % de patients consommateurs primaires de cannabis alors que le Danemark, la France, la Hongrie, les Pays-Bas et la Turquie en comptent plus de 30 %. Ces différences peuvent s'expliquer par la prévalence de la consommation de cannabis, les besoins en matière de traitement de la toxicomanie, l'offre de traitement et l'organisation des soins ou les pratiques d'orientation. Dans les deux pays affichant la plus forte proportion de patients traités pour dépendance au cannabis, des centres de consultation ciblent les jeunes toxicomanes en France, et les délinquants dépendant du cannabis en Hongrie se voient proposer un traitement en guise d'alternative à une sanction. Le système de justice pénale joue un rôle majeur dans le renvoi en traitement dans ces deux pays mais, globalement, les États membres indiquent que la plupart des consommateurs de cannabis qui entreprennent un traitement en Europe le font de leur propre chef.

Les patients commençant un traitement dans une structure ambulatoire pour consommation de cannabis déclarent aussi consommer d'autres drogues. D'après des données collectées dans quatorze pays, 85 % d'entre eux prennent une autre drogue, essentiellement de l'alcool (65 %) ou de la cocaïne (13 %), et certains indiquent consommer à la fois de l'alcool et de la cocaïne (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

⁽⁶²⁾ Voir graphique EYE-1 (parties v et vi) du bulletin statistique 2009.

⁽⁶³⁾ Voir la question particulière sur la polytoxicomanie.

⁽⁶⁴⁾ Voir graphique EYE-1 (parties iii et vii) du bulletin statistique 2009.

⁽⁶⁵⁾ Voir la question particulière sur la polytoxicomanie.

Tendances dans les nouvelles demandes de traitement pour toxicomanie

Dans les dix-neuf pays pour lesquels des données sont disponibles, le nombre et la proportion de toxicomanes mentionnant le cannabis comme drogue principale parmi ceux qui commencent un traitement pour la première fois est passé d'environ 19 000 à 34 000 (soit de 25 à 31 %) entre 2002 et 2007 ⁽⁶⁶⁾. Cette tendance semble toutefois s'être interrompue entre 2006 et 2007, puisque la plupart des pays ont fait état d'une proportion en baisse ou stable de nouveaux patients pour dépendance au cannabis. Cela pourrait s'expliquer par les tendances récentes concernant la consommation de cannabis, mais refléter également l'évolution des pratiques de déclaration, la saturation de la capacité des services ou le recours à d'autres services (par exemple des soins de santé primaires, des soins de santé mentale).

Profil des patients

Les consommateurs de cannabis entamant un traitement dans un cadre ambulatoire en Europe sont essentiellement de jeunes hommes, avec un ratio de 5,5 hommes pour une femme, âgés en moyenne de 25 ans ⁽⁶⁷⁾. Parmi les toxicomanes qui suivent un traitement en ambulatoire pour la première fois, 67 % des 15-19 ans ⁽⁶⁸⁾ et 78 % des moins de 15 ans mentionnent le cannabis comme drogue primaire.

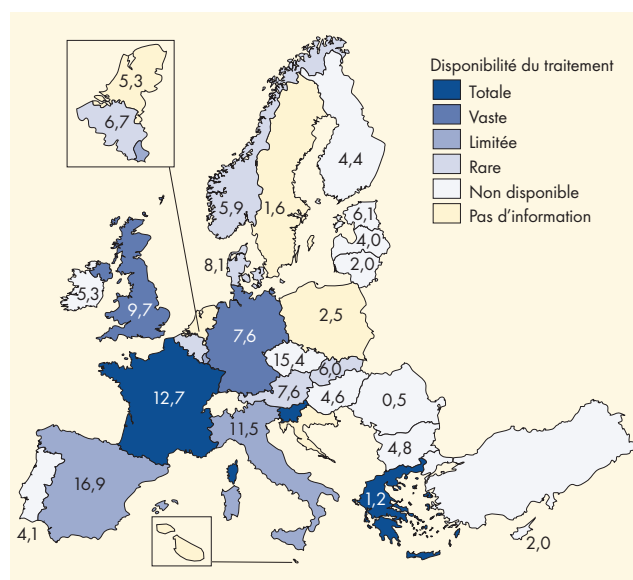
Globalement, 24 % des consommateurs primaires de cannabis entamant un traitement dans une structure ambulatoire sont des consommateurs occasionnels, probablement contraints de suivre un traitement par le système judiciaire; 12 % consomment du cannabis de façon hebdomadaire ou moins souvent; environ 18 % en consomment deux à six fois par semaine; et 47 % en consomment quotidiennement et constituent le groupe le plus problématique. On observe des différences considérables entre les pays. En Hongrie, en Roumanie et en Croatie, la majorité des patients consommateurs de cannabis sont des consommateurs occasionnels, alors qu'en Belgique, au Danemark, en Espagne, en France, à Malte et aux Pays-Bas, la majorité des patients sont des consommateurs quotidiens ⁽⁶⁹⁾. Une étude française menée auprès des patients des centres de consultation spécialisés a montré que 63 % des consommateurs quotidiens de cannabis étaient dépendants (Obradovic, 2008).

Beaucoup de patients traités pour dépendance au cannabis sont encore scolarisés et vivent dans un logement stable (OEDT, 2008a). En France, toutefois, 34 % des

patients consommateurs de cannabis sont scolarisés dans des établissements techniques, contre 6,8 % de la population générale (Obradovic, 2008), révélant un niveau scolaire plus faible.

La relation entre la consommation de cannabis et la comorbidité avec des troubles psychiatriques reste une question complexe et non résolue (OEDT, 2008a). Toutefois, des études ont montré que les personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment de schizophrénie, présentent un risque supérieur d'évoluer vers une consommation intensive de cannabis (Henquet

Graphique/carte 5 – Disponibilité des programmes de traitement s'adressant spécifiquement aux consommateurs de cannabis et prévalence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois (en %) chez les 15-24 ans



NB: La disponibilité est définie grâce à la proportion estimée de consommateurs de cannabis ayant besoin de traitement qui peuvent en recevoir un: presque tous (totale), la majorité mais pas tous (vaste), plus que quelques-uns mais pas la majorité (limitée), quelques-uns seulement (rare), non disponible. Les données sur la disponibilité des programmes de traitement spécifiques ont été fournies par les experts nationaux qui ont évalué dans quelle mesure la capacité de traitement répondait à la demande des consommateurs de cannabis qui demandent activement un traitement. Des programmes spécifiques peuvent fournir un traitement structuré aux consommateurs de cannabis à problèmes, soutenir les proches, conseiller les consommateurs non problématiques de cannabis ou les délinquants juvéniles. Ces programmes existent aux Pays-Bas, mais il n'y a pas d'informations sur leur disponibilité. La prévalence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois chez les 15-24 ans donne une indication de la proportion de jeunes qui peuvent entrer en contact avec ces programmes mais n'illustre pas les besoins en traitement ou l'ampleur de la consommation problématique de cannabis dans un pays. Pour davantage d'informations sur la prévalence, voir le tableau GPS-16 du bulletin statistique 2009. Sources: Points focaux nationaux Reitox.

⁽⁶⁶⁾ Voir graphiques TDI-1 et TDI-2 et tableaux TDI-3 (partie iv) et TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽⁶⁷⁾ Voir tableau TDI-21 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽⁶⁸⁾ Voir tableau TDI-10 (partie iv et partie vi) du bulletin statistique 2009.

⁽⁶⁹⁾ Voir tableaux TDI-18 (partie i) et TDI-111 (partie viii) du bulletin statistique 2009.

e.a., 2005). De plus, on constate clairement que le cannabis peut aggraver la situation des personnes souffrant déjà de problèmes de santé mentale (ACMD, 2008). Il peut aussi être relativement courant que les services antidrogue accueillent des adolescents, envoyés pour problèmes liés au cannabis, qui souffrent de troubles psychiatriques sous-jacents (Schroder e.a., 2008). Cela pourrait être dû au fait qu'ils ne cherchent ou ne trouvent pas de traitement approprié répondant à leurs problèmes dans les services psychiatriques généraux (Zachrisson e.a., 2006).

Offres de traitement

Les programmes de traitement spécifiques pour les consommateurs de cannabis peuvent proposer des services personnalisés en fonction des besoins de ce groupe mais aussi réduire le risque que les jeunes soient mélangés avec des toxicomanes plus problématiques ou plus âgés. En 2008, l'OEDT a collecté des informations sur les programmes disponibles en Europe. Les experts nationaux ont signalé leur existence dans treize des vingt-cinq pays déclarants (voir graphique 5). La disponibilité des services variait d'un pays à l'autre. On estime que quasiment tous ceux qui demandent un traitement spécifique l'obtiennent en Grèce, en France et en Slovaquie; plus de la moitié y parviennent en Allemagne et au Royaume-Uni, alors qu'ils ne sont qu'une minorité dans les huit autres pays. Parmi les douze pays ne disposant pas de programmes spécifiques s'adressant aux consommateurs de cannabis, la Bulgarie, la République tchèque, l'Estonie, Chypre, la Roumanie et la Turquie prévoient leur mise en place au cours des trois prochaines années.

Programmes de traitement pour les consommateurs de cannabis en Europe

En Grèce, les unités OKANA pour adolescents proposent un programme d'intervention précoce pour les consommateurs de cannabis expérimentaux ou occasionnels alors qu'un traitement plus structuré est dispensé aux usagers intensifs et à problèmes. Le traitement est essentiellement basé sur une thérapie systémique et familiale.

En France, environ 275 centres de consultation spécialisés situés dans tout le pays fournissent des renseignements sur la prévention, des interventions rapides et des conseils pour les jeunes toxicomanes (essentiellement consommateurs de cannabis), les délinquants juvéniles et leurs proches. Si des cas de consommation à problèmes (par exemple des cas de dépendance) ou de comorbidité graves sont diagnostiqués, les patients sont orientés vers des services spécialisés.

En Autriche, plusieurs centres de conseil (par exemple ChEck it!, BIT, Clean Bregenz) appliquent des concepts spécifiques pour les jeunes consommateurs de cannabis qui visent à les séparer des autres bénéficiaires, essentiellement les consommateurs d'opiacés, et à faire participer leurs proches et amis au processus de conseil et de traitement.

En Allemagne, le programme d'arrêt du cannabis sur l'internet «Quit the shit» ⁽⁷⁰⁾ a été transféré dans douze structures de conseil sur les drogues dans sept états fédéraux. Le protocole d'intervention FRED (voir chapitre 2) propose des conseils basés sur des entretiens de motivation pour les personnes envoyées par le système judiciaire. Candis, un programme de traitement pour les patients présentant des troubles liés au cannabis, basé sur une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale et la résolution des problèmes psychosociaux, est actuellement mené à Dresde. Une évaluation de ce programme a fait état de résultats positifs, et les conclusions d'une étude de suivi en cours dans dix autres centres permettront de déterminer s'il sera étendu ailleurs.

La Belgique, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et la Suisse participent également à une étude internationale baptisée «Incant», qui étudie l'efficacité d'un traitement global dans le cercle familial en cas de consommation problématique de cannabis.

La littérature scientifique suggère que diverses psychothérapies ont fait leurs preuves dans le traitement de la dépendance au cannabis, dont les thérapies basées sur la motivation et la thérapie cognitive et comportementale, mais aucune forme de psychothérapie ne semble plus efficace que les autres (Nordstrom et Levin, 2007).

Certains consommateurs de cannabis à problèmes peuvent également bénéficier d'interventions rapides assurées par exemple par les services sociaux pour les jeunes, des médecins généralistes et des établissements scolaires.

Un récent essai contrôlé aléatoire portant sur 326 jeunes consommateurs intensifs de cannabis a révélé, avec un suivi après trois ou six mois, que les taux d'arrêt de la consommation de cannabis étaient identiques chez ceux qui avaient suivi des entretiens de motivation et ceux qui n'avaient reçu que de simples conseils ou des informations sur la consommation de drogue (McCambridge e.a., 2008). Les effets des thérapeutes individuels et l'interaction thérapeute-intervention ont toutefois été identifiés dans le cadre de l'arrêt de la consommation de cannabis après trois mois. Ces résultats illustrent l'importance de la formation des prestataires de soins assurant des interventions auprès des jeunes consommateurs de cannabis, notamment en dehors des services spécialisés.

⁽⁷⁰⁾ Voir «Traitement sur l'internet».

Traitement sur l'internet

Il existe des traitements antidrogue en ligne dans l'Union européenne depuis 2004, mais leur disponibilité est encore limitée. Une récente étude apporte un éclairage sur l'état actuel de développement de ce type d'interventions dans l'Union européenne (OEDT, 2009a). Le traitement sur l'internet peut être défini comme «des interventions de traitement antidrogue spécifiquement élaborées ou adaptées, structurées et programmées, proposées et diffusées sur le web». Des interventions pour traiter les troubles liés à la consommation de cannabis ont été identifiées en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, alors que d'autres ciblent les consommateurs de cocaïne et de «drogues de boîtes de nuit» (par exemple l'ecstasy) aux Pays-Bas.

Le traitement sur l'internet est élaboré par des organisations actives dans les domaines du traitement ou de la prévention et vise à aider les utilisateurs à évaluer leur consommation et à les aider dans leur tentative de modifier ce comportement. Les interventions cherchent à fournir des informations et des tests de connaissance ou des jeux sur les drogues et la dépendance, ou des autoévaluations de la consommation de drogue. Un point commun à tous ces traitements est la

présence d'un traitement structuré sous la forme soit d'un programme d'autoassistance prépersonnalisé sans contact avec des conseillers, soit d'un programme structuré avec des rendez-vous programmés. Ces derniers peuvent être des chats personnels ou des tableaux de message. Il est parfois également possible de communiquer avec d'autres usagers par l'intermédiaire d'un forum, créant ainsi des groupes d'entraide virtuels.

On manque toujours de données probantes sur l'efficacité de ce type d'interventions, mais les résultats des premiers essais contrôlés randomisés témoignent de leurs possibles effets bénéfiques. Les résultats de l'évaluation préliminaire du programme «Quit the shit» pour les consommateurs de cannabis en Allemagne ont montré que 32 % des participants étaient sevrés après la fin du programme et que les consommateurs qui étaient pour la première fois en demande de traitement avaient notamment été atteints. Le faible seuil d'accès de ces programmes peut leur permettre d'atteindre des personnes qui sont réticentes à recourir à d'autres services. Dans le même temps, ils peuvent également être confrontés à des problèmes graves, tels que la dépendance à la drogue ou d'autres troubles psychiatriques qui dépassent les capacités des traitements sur l'internet.



Chapitre 4

Amphétamines, ecstasy et substances hallucinogènes

Introduction

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

L'amphétamine et les méthamphétamines sont des stimulants du système nerveux central. De ces deux substances, l'amphétamine est de loin celle qu'il est le plus facile de se procurer en Europe, alors que la consommation de méthamphétamines semble être limitée à la République tchèque et à la Slovaquie.

L'ecstasy est le nom générique de substances de synthèse chimiquement apparentées aux amphétamines, mais dont les effets sont dans une certaine mesure différents.

La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est la 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les comprimés d'ecstasy (MDA, MDEA). L'ecstasy était pratiquement inconnue en Europe avant la fin des années 80, mais sa consommation a connu une croissance spectaculaire au cours des années 90. Historiquement, sa popularité est liée aux milieux de la *dance music*, et, en général, sa prévalence est associée à certains sous-groupes culturels ou contextes sociaux.

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

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

	Amphétamine	Méthamphétamines	Ecstasy	LSD
Estimation de la production mondiale (tonnes)	230-640 ⁽²⁾		72-137	n.d.
Quantité mondiale saisie (tonnes)	23,6	18,2	7,9	0,9
Quantité saisie UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	7,9 tonnes (8,1 tonnes)	340 kilogrammes (340 kilogrammes)	Comprimés 21 millions (22 millions)	Unités 68 000 (68 000)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Prix de vente moyen au détail (EUR) Intervalle (intervalle interquartile) ⁽¹⁾	Gramme 5-30 (12-23)	Gramme 8-51	Comprimé 3-19 (4-8)	Dose 4-30 (7-12)
Intervalle de pureté moyenne	4-40 %	3-66 %	21-90 mg	–

⁽¹⁾ Intervalle contenant 50 % des prix moyens les plus au centre de la distribution.

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

NB: Les données se rapportent à 2007; n.d.: données non disponibles.

Sources: Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDD (2009) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

Offre et disponibilité

Précurseurs de drogues de synthèse

Les efforts en termes de répression visent de plus en plus les précurseurs chimiques nécessaires à la production de drogues illicites, et, dans ce domaine, la coopération internationale est particulièrement précieuse. Le projet Prism est une initiative internationale mise sur pied pour prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse ⁽⁷¹⁾, par le biais d'un système de déclarations préalables des exportations pour le commerce licite et la communication des cargaisons arrêtées et des saisies réalisées en cas de transactions suspectes. Les informations sur les activités réalisées dans ce domaine sont rapportées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS, 2009b).

L'OICS fait état de fortes augmentations des saisies mondiales de deux précurseurs clés de méthamphétamines en 2007, l'éphédrine avec 22 tonnes (contre 10,2 tonnes en 2006) et la pseudo-éphédrine avec 25 tonnes (contre 0,7 tonne en 2006). Les États membres de l'UE (principalement la Suède et la Bulgarie) ont intercepté 0,6 tonne d'éphédrine, plus du double de la quantité saisie en 2006, et plus de 7 tonnes de pseudo-éphédrine, quasiment exclusivement en France.

En revanche, dans le monde, les saisies de 1-phényl-2-propanone (P-2-P, BMK), qui peut être utilisé pour la fabrication illicite d'amphétamines et de méthamphétamines, ont diminué brutalement en 2007, passant à 834 litres (contre 2 600 litres en 2006). Les saisies de P-2-P dans l'UE se sont élevées à 582 litres, contre 2 005 litres en 2006.

Les saisies mondiales de 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (3,4-MDP-2-P, PMK), utilisé pour fabriquer la MDMA, ont continué de diminuer en 2007 pour atteindre 2 300 litres, contre 8 800 litres en 2006. Toutefois, les saisies mondiales de safrole, qui peut remplacer le 3,4-MDP-2-P dans la synthèse de la MDMA, ont considérablement augmenté en 2007, avec 46 000 litres saisis (contre 62 litres en 2006), bien que 8 litres seulement aient été saisis dans l'UE.

Amphétamine

La production mondiale d'amphétamines reste concentrée en Europe, où l'on signale 81 % de tous les laboratoires

Qu'est-ce qu'un précurseur de drogue?

Dans le domaine de la drogue, le terme «précurseur» est utilisé pour désigner des substances qui ont des applications licites, mais qui peuvent également être utilisées pour fabriquer des drogues de façon illicite. D'autres expressions, telles que «produits chimiques essentiels» peuvent également désigner ces substances.

La base juridique du contrôle international des «précurseurs» est l'article 12 de la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Cette convention établit deux tableaux dressant la liste de 23 «substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes», dont le détournement aux fins de fabrication illicite doit être empêché.

Cet article 12 a été transposé dans la législation européenne initiale adoptée en 1990 afin d'empêcher le détournement de ces substances pour la fabrication illicite de stupéfiants [règlement (CEE) n° 3677/90], et dans les règlements adoptés ensuite afin de réglementer leur commerce dans l'UE [règlement (CE) n° 273/2004], entre la Communauté et les pays tiers [règlement (CE) n° 111/2005], et d'établir des procédures d'agrément et les règles de surveillance [règlement (CE) n° 1277/2005].

Les substances de catégorie 1 dans les règlements communautaires regroupent essentiellement les substances qui sont indispensables pour la fabrication de drogues de synthèse telles que l'éphédrine et la pseudo-éphédrine (pour les méthamphétamines); le 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (PMK), l'isosafrole et le safrole (pour l'ecstasy); et le 1-phényl-2-propanone (P2P, BMK) (pour l'amphétamine et la méthamphétamine). La catégorie 2 contient des réactifs importants tels que le permanganate de potassium et l'anhydride acétique, qui sont très utilisés pour la fabrication, respectivement, de cocaïne et d'héroïne. La catégorie 3 regroupe des réactifs plus courants dont l'acide chlorhydrique et l'acide sulfurique (pour l'héroïne et la cocaïne) et des solvants tels que l'acétone (pour la cocaïne et la MDMA) et le toluène (pour la méthamphétamine et la MDMA).

d'amphétamines déclarés en 2007 (ONU DC, 2009), bien qu'elle se propage à d'autres régions du monde, et notamment à l'Amérique du Nord ⁽⁷²⁾. À l'échelle mondiale, quasiment 24 tonnes d'amphétamines ont été saisies en 2007, dont deux tiers au Moyen- et Proche-Orient, en relation avec les comprimés «Captagon» ⁽⁷³⁾ produits dans le sud-est de l'Europe (voir tableau 4). Les saisies réalisées en Europe centrale et occidentale ont représenté 36 % des saisies mondiales, reflétant le rôle de l'Europe en tant que grande productrice et consommatrice de cette drogue (CND, 2008; ONU DC, 2009).

⁽⁷¹⁾ Voir «Qu'est-ce qu'un précurseur de drogue?».

⁽⁷²⁾ Pour plus d'informations sur les sources des données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues, voir p. 42.

⁽⁷³⁾ Captagon est l'une des marques déposées de la fenetylline, un stimulant de synthèse du système nerveux central, bien qu'il s'avère que les comprimés vendus avec ce logo sur le marché illicite contiennent généralement des amphétamines mélangées à de la caféine.

La plupart des amphétamines saisies en Europe sont produites, par ordre d'importance, aux Pays-Bas, en Pologne et en Belgique et, dans une moindre mesure, en Estonie et en Lituanie. En 2007, 29 sites impliqués dans la production, le conditionnement ou le stockage d'amphétamines ont été découverts dans l'Union européenne et communiqués à Europol.

En 2007, quelque 40 000 saisies, soit un total de 8,1 tonnes d'amphétamines en poudre, ont été effectuées en Europe ⁽⁷⁴⁾. Sur la période 2002-2007, le nombre de saisies a régulièrement augmenté, alors que la quantité d'amphétamines interceptées a été variable, avec une tendance générale à la hausse, et a atteint un nouveau record en 2007 ⁽⁷⁵⁾.

La pureté des échantillons d'amphétamines interceptés en Europe en 2007 varie considérablement et dans une mesure telle que tout commentaire sur les valeurs «standard» doit être fait avec la plus grande prudence. Néanmoins, la pureté moyenne des échantillons va de moins de 10 % au Danemark, en Allemagne, en France et au Royaume-Uni à plus de 30 % aux Pays-Bas, en Pologne et dans certains États baltes et pays nordiques. Au cours des cinq dernières années, la pureté des amphétamines est restée stable, ou a décliné, dans la plupart des vingt pays ayant communiqué des données suffisantes pour permettre une analyse des tendances.

En 2007, les prix de vente au détail moyens des amphétamines oscillaient entre 10 et 20 euros le gramme dans plus de la moitié des dix-sept pays déclarants. Parmi les onze pays pour lesquels une comparaison entre les données de 2007 et 2006 a été possible, l'Espagne, la France et l'Autriche ont fait état d'une augmentation du prix au détail, alors que les autres mentionnaient des prix stables ou en baisse.

Méthamphétamine

La production des méthamphétamines est concentrée dans l'est et le sud-est asiatique ainsi qu'en Amérique du Nord, avec des activités connexes de plus en plus déclarées en Amérique latine et en Océanie. En 2007, quelque 18,2 tonnes de méthamphétamines ont été confisquées, poursuivant ainsi une tendance stable depuis 2004. Cette drogue a pour l'essentiel été saisie dans l'est et le sud-est asiatique (56 %), suivis de l'Amérique du Nord, alors que 2 % des saisies seulement ont été réalisées en Europe (ONUDD, 2009).

Des méthamphétamines sont produites illicitement en Europe, bien que ce phénomène reste limité à la

La production de méthamphétamines en Europe: publication conjointe OEDT-Europol

En 2009, l'OEDT et Europol ont lancé une série de publications conjointes sur l'offre de drogue en Europe. Le premier rapport de la série fournit une vue d'ensemble complète des questions liées à la production et au trafic de méthamphétamines en Europe et examine les réponses aux niveaux européen et international ⁽¹⁾.

Des rapports sur l'offre d'autres drogues synthétiques en Europe, dont l'amphétamine et l'ecstasy, viendront prochainement compléter la série.

⁽¹⁾ Disponible à l'adresse: <http://emcdda.europa.eu/publications>.

République tchèque, où plus de 390 «cuisines» à petite échelle ont été détectées en 2007. Une production de cette drogue a également été signalée en Slovaquie et en Lituanie.

En 2007, presque 4 500 saisies de méthamphétamines, pour un total de 340 kg, ont été déclarées en Europe. La Norvège arrive en tête des saisies et des quantités de méthamphétamines interceptées. Entre 2005 et 2007, tant le nombre que la quantité des saisies de méthamphétamines en Europe ont augmenté, bien qu'ils restent toutefois modestes en comparaison des autres drogues.

Ecstasy

D'après l'ONUDD (2009), la production mondiale d'ecstasy serait estimée entre 72 et 137 tonnes en 2007. Elle semble être devenue plus diffuse sur le plan géographique, avec une fabrication davantage située à proximité des marchés de consommation en Amérique du Nord, dans le sud-est asiatique et en Océanie. L'Europe reste néanmoins le principal centre de la production d'ecstasy, celle-ci se concentrant essentiellement aux Pays-Bas, en Belgique et, dans une moindre mesure, en Allemagne, au Royaume-Uni et en Pologne.

Les saisies mondiales d'ecstasy en 2007 ont atteint 7,9 tonnes, avec des hausses affichées dans la plupart des régions. L'Europe de l'Ouest et l'Europe centrale représentent 36 % des saisies mondiales et l'Europe du Sud-Est 2 % (ONUDD, 2009). Globalement, plus de 24 000 saisies résultant de l'interception d'environ 13 millions de comprimés d'ecstasy ont été déclarées en Europe en 2007. Ce sont les Pays-Bas qui ont fait état de la plus grande quantité saisie, qui

⁽⁷⁴⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire, car les données pour le Royaume-Uni ne sont pas encore disponibles pour 2007.

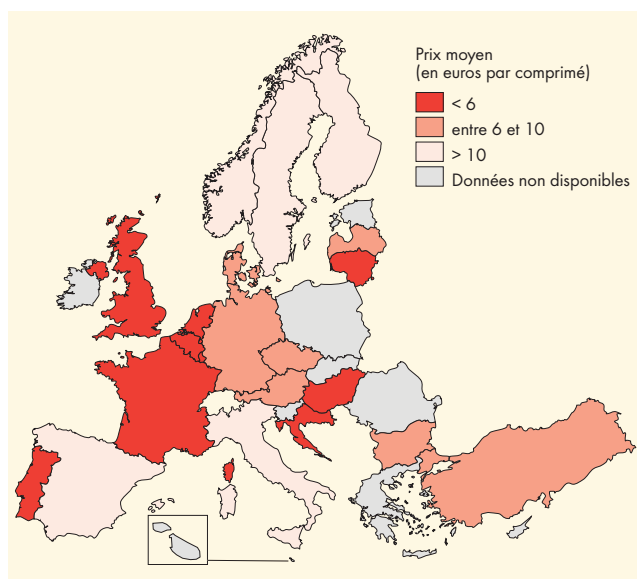
⁽⁷⁵⁾ Les données sur les saisies de drogue effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans les tableaux SZR-11 à SZR-18 du bulletin statistique 2009.

avec 8,4 millions de comprimés a doublé la quantité déclarée en 2006. Deux autres pays européens seulement ont fait état de saisies de cette ampleur en 2007, avec la France et l'Allemagne qui ont déclaré environ 1 million de comprimés saisis. Le Royaume-Uni a également saisi plus de 6 millions de comprimés en 2006, mais aucune donnée n'est encore disponible pour 2007.

Au cours de la période 2002-2007, le nombre de saisies d'ecstasy enregistrées en Europe a considérablement chuté en 2003, puis n'a cessé de croître progressivement chaque année. Sur la même période, les quantités saisies ont baissé, atteignant le plus bas niveau en 2005, mais ont depuis augmenté à nouveau et semblent se rapprocher du niveau de 2002.

En Europe, la plupart des comprimés d'ecstasy analysés en 2007 contenaient de la MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA), généralement la seule substance psychoactive présente. C'était le cas dans plus de 70 % de l'ensemble des comprimés analysés dans dix-sept pays. Les pays faisant état de proportions plus faibles de comprimés d'ecstasy avec de la MDMA ou des substances analogues sont notamment la Bulgarie (47 %), Chypre (44 %) et l'Autriche (61 %). Au Luxembourg, la plupart (83 %) des comprimés analysés ne contenaient aucune substance contrôlée, tout comme à Chypre (53 %). En Turquie, 23 % des comprimés analysés seulement contenaient des substances semblables à la MDMA.

Graphique/carte 6 – Prix au détail des comprimés d'ecstasy



NB: Les pays qui ne fournissent qu'une valeur minimale et une valeur maximale ont été inclus si ces valeurs entrent dans l'une des catégories. Voir le tableau PPP-4 du bulletin statistique 2009.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

La teneur habituelle en MDMA des comprimés d'ecstasy testés en 2007 se situait entre 19 et 75 mg dans les onze pays disposant de données. En outre, des comprimés d'ecstasy fortement dosés, contenant plus de 130 mg de MDMA, ont été signalés par certains pays (Bulgarie, France, Pays-Bas, Slovaquie et Norvège). Il n'y a donc pas de tendance claire concernant la pureté des comprimés d'ecstasy.

Le prix de l'ecstasy a considérablement diminué par rapport aux années 90 qui marquent la première apparition de la drogue à grande échelle en Europe. Si certains rapports font état de comprimés vendus pour 2 euros à peine, la plupart des pays communiquent des prix au détail compris dans une fourchette de 4 à 10 euros par comprimé (voir graphique 6). Par ailleurs, les données disponibles pour 2002-2007 donnent à penser que le prix de vente au détail, corrigé en fonction de l'inflation, continue à baisser.

Substances hallucinogènes

La consommation et le trafic du LSD en Europe restent marginaux. Les données disponibles indiquent une baisse des quantités saisies sur la période 2002-2007, alors que le nombre de saisies s'est légèrement accru entre 2003 et 2007. Les prix au détail du LSD (corrigés de l'inflation) ont légèrement baissé depuis 2003, et, en 2007, le prix moyen allait de 5 à 12 euros par unité pour la majorité des pays déclarants.

Les champignons hallucinogènes, qui poussent à l'état sauvage dans bon nombre de pays d'Europe et peuvent être achetés sur l'internet, ont été mentionnés par onze des vingt-huit pays ayant indiqué des saisies de drogues pour 2007. Dans cinq pays sur les six faisant état d'une tendance en matière de saisies, de prévalence de consommation ou de disponibilité des champignons hallucinogènes, cette tendance était à la baisse. Un pays (la France) a indiqué une hausse de la prévalence de la consommation et des saisies, qui a été attribuée à la disponibilité des champignons et aux kits pour faire pousser ces champignons disponibles sur l'internet.

Prévalence et modes de consommation

Certains États membres de l'UE affichent des niveaux relativement élevés de consommation d'amphétamines ou d'ecstasy dans la population générale (République tchèque, Estonie et Royaume-Uni). Dans quelques pays, la consommation, souvent par injection, d'amphétamines ou de méthamphétamines représente une part substantielle du nombre global de toxicomanes à problèmes et des

personnes demandant de l'aide pour une dépendance à la drogue. Outre ces populations de consommateurs chroniques, les drogues de synthèse, et plus particulièrement l'ecstasy, sont aussi plus généralement associées aux boîtes de nuit et aux manifestations de *dance music*. Il en résulte une consommation nettement plus importante chez les jeunes et extrêmement élevée dans certains milieux ou sous-populations spécifiques. Enfin, les niveaux de consommation globaux des drogues hallucinogènes telles que le LSD et les champignons hallucinogènes sont généralement faibles et sont restés stables dans une large mesure ces dernières années.

Amphétamines

De récentes enquêtes de population indiquent que la prévalence au cours de la vie de la consommation

d'amphétamines ⁽⁷⁶⁾ en Europe varie d'un pays à l'autre, oscillant entre quasiment 0 et 11,7 % de la population adulte (15-64 ans). En moyenne, près de 3,5 % de l'ensemble des adultes européens déclarent avoir pris des amphétamines au moins une fois dans leur vie. La consommation de cette drogue au cours de l'année écoulée est beaucoup plus faible, avec une moyenne européenne de 0,5 %. À en croire les estimations, environ 12 millions d'Européens ont essayé les amphétamines, et quelque 2 millions en ont consommé au cours de l'année écoulée (voir tableau 5 pour une synthèse des données).

Chez les jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie varie fortement d'un pays à l'autre, entre 0,1 et 15,3 %, avec une moyenne européenne d'environ 5 %. La consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée dans cette

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

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Toute la vie	Année dernière
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	12 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,5 %	0,5 %
Plage de données	0,0-11,7 %	0,0-1,3 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Malte (0,4 %) Chypre (0,8 %)	Grèce, Malte, Roumanie (0,0 %) France (0,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (11,7 %) Danemark (6,3 %) Espagne (3,8 %) Norvège (3,6 %)	Estonie (1,3 %) Danemark (1,2 %) Norvège (1,1 %) Royaume-Uni (1,0 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7 millions	1,5 million
Moyenne européenne	5,0 %	1,1 %
Plage de données	0,1-15,3 %	0,1-3,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Malte (0,7 %) Chypre (0,8 %)	Grèce, Roumanie (0,1 %) France (0,2 %) Chypre (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (15,3 %) Danemark (10,5 %) Lettonie (6,1 %) Norvège (5,9 %)	Danemark (3,1 %) Estonie (2,9 %) Norvège (2,0 %) Lettonie (1,9 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions) et 15-34 ans (133 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2009.	

⁽⁷⁶⁾ Les données d'enquête sur la consommation d'amphétamines ne font souvent pas de différence entre les amphétamines et les méthamphétamines; toutefois, elles ont généralement trait à la consommation d'amphétamines (sulfate d'amphétamine ou dexamphétamine) dans la mesure où la consommation de méthamphétamines est peu courante en Europe.

tranche d'âge oscille entre 0,1 et 3,1 %, et la majorité des pays déclarent des taux de prévalence estimés entre 0,5 et 2,0 %. On estime qu'en moyenne, 1,1 % des jeunes Européens ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois.

Chez les élèves de 15-16 ans, la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie est comprise entre 1 et 8 % dans vingt-six États membres de l'UE, en Norvège et en Croatie, selon une enquête de 2007, alors que des taux de prévalence supérieurs à 5 % n'ont été enregistrés qu'en Bulgarie, en Lettonie (tous deux 6 %) et en Autriche (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

Usage problématique d'amphétamines

L'indicateur de l'OEDT sur l'usage problématique de drogues peut être utilisé pour les amphétamines, de manière à définir des paramètres tels que la consommation par injection ou régulière/de longue durée. Seule la Finlande a fourni une estimation nationale récente de la consommation à problèmes d'amphétamines qui, en 2005, aurait touché entre 12 000 et 22 000 consommateurs ⁽⁷⁸⁾, soit environ quatre fois le nombre de consommateurs d'opiacés à problèmes estimés dans ce pays.

Le nombre de demandes de traitement relatives à la consommation d'amphétamines en tant que drogue primaire est relativement faible dans la plupart des pays européens, mais représente une part non négligeable des admissions en traitement déclarées essentiellement en Suède (34 %), en Finlande (23 %), en Lettonie (16 %) et en Hongrie (11 %). Quatre autres pays (Belgique, Danemark, Allemagne et Pays-Bas) indiquent qu'entre 6 et 10 % des traitements concernent des toxicomanes mentionnant les amphétamines comme drogue primaire; ailleurs, ce taux est inférieur à 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Le nombre et la proportion de nouveaux patients suivant un traitement pour consommation d'amphétamines sont globalement restés stables entre 2002 et 2007. Seuls le Danemark, la Lettonie et les Pays-Bas affichent des hausses significatives, alors que la Suède et la Finlande font état d'une baisse des nouveaux patients traités pour consommation d'amphétamines ⁽⁸⁰⁾. Toutefois, les limites méthodologiques doivent être prises en compte lors de l'étude des données sur les tendances, en raison des récentes modifications de certains systèmes de suivi nationaux (par exemple en Lettonie).

Les consommateurs d'amphétamines entamant un traitement ont en moyenne 29 ans. La proportion de femmes est plus élevée que celle relevée pour les autres drogues, avec un rapport hommes/femmes d'environ 2/1. Les consommateurs d'amphétamines en traitement indiquent souvent consommer d'autres drogues, essentiellement du cannabis et de l'alcool et parfois des opiacés ⁽⁸¹⁾. Dans les pays où la proportion de consommateurs primaires d'amphétamines parmi les nouveaux patients suivant un traitement est élevée, l'injection est la méthode d'utilisation la plus fréquemment citée (63-83 %).

Usage problématique de méthamphétamines

Contrairement à d'autres régions du monde, où la consommation de méthamphétamines a augmenté ces dernières années, sa consommation en Europe reste limitée. Historiquement, la consommation de cette drogue en Europe était concentrée en République tchèque et en Slovaquie. En 2007, on estimait le nombre de consommateurs de méthamphétamines à 20 400-21 400 (de 2,8-2,9 cas pour 1 000 dans la population des personnes âgées de 15 à 64 ans) en République tchèque, soit près de deux fois le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes, et à 5 800-15 700 (de 1,5-4,0 cas pour 1 000 dans la population des personnes âgées de 15 à 64 ans) en Slovaquie, soit un pourcentage inférieur de quelque 20 % au nombre estimatif de consommateurs d'opiacés à problèmes.

Dans ces deux pays, une vaste proportion des toxicomanes qui commencent un traitement indique que les méthamphétamines sont leur drogue primaire: 61 % en République tchèque et 26 % en Slovaquie. Entre 2002 et 2007, les demandes de traitement pour dépendance aux méthamphétamines se sont multipliées dans les deux pays ⁽⁸²⁾.

L'injection est la méthode d'administration la plus fréquemment citée par les consommateurs de méthamphétamines en traitement (82 % en République tchèque et 41 % en Slovaquie). La consommation d'autres drogues est aussi fréquente, principalement le cannabis, l'alcool et les opiacés. En Slovaquie, le nombre de bénéficiaires de traitements de substitution aux opiacés indiquant consommer des méthamphétamines s'est considérablement accru.

⁽⁷⁷⁾ Données pour l'ensemble des pays ESPAD et l'Espagne. Voir graphique EYE-2 (partie vi) du bulletin statistique 2009.

⁽⁷⁸⁾ Équivalent à 3,4-6,3 cas pour 1 000 personnes de 15 à 64 ans; recalculé à partir de l'échantillon initial âgé de 15 à 54 ans, en partant de l'hypothèse: aucun cas dans la tranche d'âge des 55-64 ans.

⁽⁷⁹⁾ Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽⁸⁰⁾ Voir graphique TDI-1 et tableau TDI-36 du bulletin statistique 2009.

⁽⁸¹⁾ Voir tableau TDI-37 du bulletin statistique 2009.

⁽⁸²⁾ Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

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

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Toute la vie	Année dernière
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	10 millions	2,5 millions
Moyenne européenne	3,1 %	0,8 %
Plage de données	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,3 %) Grèce (0,4 %) Malte (0,7 %) Lituanie (1,0 %)	Roumanie (0,1 %) Grèce, Malte (0,2 %) Pologne (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (7,5 %) République tchèque (7,1 %) Irlande (5,4 %) Lettonie (4,7 %)	République tchèque (3,5 %) Estonie (1,7 %) Slovaquie (1,6 %) Royaume-Uni, Lettonie (1,5 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	2 millions
Moyenne européenne	5,6 %	1,6 %
Plage de données	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce, Roumanie (0,6 %) Malte (1,4 %) Lituanie, Pologne (2,1 %)	Roumanie (0,2 %) Grèce (0,4 %) Pologne (0,7 %) Italie, Lituanie, Portugal (0,9 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (14,6 %) Royaume-Uni (12,7 %) Irlande (9,0 %) Lettonie (8,5 %)	République tchèque (7,7 %) Estonie (3,7 %) Royaume-Uni (3,1 %) Lettonie, Slovaquie, Pays-Bas (2,7 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont basées sur les moyennes pondérées des enquêtes nationales les plus récentes réalisées entre 2001 et 2008 (principalement entre 2004 et 2008) et ne peuvent donc renvoyer à une seule année. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (334 millions) et 15-34 ans (133 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2009.	

Les consommateurs d'amphétamines entamant un traitement en République tchèque et en Slovaquie sont relativement jeunes, de 24 à 25 ans en moyenne et essentiellement de sexe masculin. Toutefois, la proportion de femmes parmi les patients traités pour dépendance aux méthamphétamines est plus élevée que celle des autres drogues.

Ecstasy

À en croire les estimations, environ 10 millions d'adultes européens ont pris de l'ecstasy au moins une fois, et quelque 2,5 millions (0,8 %) en ont consommé au cours de l'année écoulée (voir tableau 6 pour une synthèse des données). Il existe des écarts considérables entre les pays. Ainsi, les études récentes montrent qu'entre 0,3 et 7,5 % de la population adulte (15-64 ans) a essayé la drogue, et la plupart des pays font état

d'estimations de la prévalence au cours de la vie comprises entre 1 et 5 %. La consommation de cette drogue au cours de l'année écoulée oscille entre 0,1 et 3,5 % dans les pays européens. Dans tous les recensements, comme pour la plupart des autres drogues illicites, la consommation était nettement plus forte chez les hommes que chez les femmes.

La consommation d'ecstasy était beaucoup plus répandue chez les jeunes adultes (15-34 ans), chez qui la prévalence au cours de la vie au niveau national est estimée entre 0,6 et 14,6 % et dont 0,2 à 7,7 % déclarent avoir consommé cette drogue au cours de la dernière année. On estime que près de 7,5 millions d'Européens (5,6 %) ont essayé l'ecstasy et que près de 2 millions (1,6 %) en ont pris au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont encore plus élevés si on se limite à une tranche d'âge inférieure: chez

les 15-24 ans, la prévalence au cours de la vie est comprise entre 0,4 et 18,7 %, bien que la plupart des pays fassent état d'une fourchette d'estimation de 2,1 à 8 %. Si la majorité des pays déclarent des estimations de consommation au cours de l'année écoulée de 1,0 à 3,9 % pour cette tranche d'âge, il existe un écart considérable entre l'estimation nationale la plus basse, de 0,3 %, et la plus haute, de 12 % ⁽⁸³⁾.

Chez les élèves de 15-16 ans, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie est comprise entre 1 et 5 % dans la plupart des vingt-huit pays étudiés en 2007. Quatre pays seulement affichent des taux de prévalence supérieurs: la Bulgarie, l'Estonie, la Slovaquie (tous à 6 %) et la Lettonie (7 %).

Le nombre de consommateurs primaires d'ecstasy entamant un traitement en 2007 est resté négligeable. Dans deux tiers des pays, l'ecstasy est citée par moins de 1 % des patients, et, dans les autres pays, ce taux oscille entre 1 et 5 %. Avec une moyenne d'âge de 24 ans, les consommateurs d'ecstasy sont parmi les plus jeunes à entamer un traitement pour dépendance à la drogue, et ils déclarent régulièrement consommer parallèlement d'autres substances, dont du cannabis, de la cocaïne, de l'alcool et des amphétamines ⁽⁸⁴⁾.

LSD et champignons hallucinogènes

La prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD au sein de la population adulte (15-64 ans) oscille entre près de 0 et 5,2 %. Parmi les jeunes adultes (15-34 ans), les estimations portant sur la prévalence au cours de la vie sont légèrement plus élevées (de 0 à 6,6 %), bien que des taux de prévalence nettement inférieurs soient mentionnés pour la consommation au cours de l'année écoulée et chez les 15-24 ans ⁽⁸⁵⁾. En revanche, dans les rares pays dont les données sont comparables, la consommation de LSD est souvent inférieure à celle de champignons hallucinogènes, pour lesquels la prévalence au cours de la vie chez les jeunes adultes varie entre 0,3 et 8,3 % et la prévalence au cours de l'année écoulée est comprise entre 0,2 et 2,8 %.

Chez les élèves de 15-16 ans, les estimations relatives à la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes sont supérieures à celles du LSD et autres hallucinogènes dans dix des vingt-six pays disposant de données sur ces substances. La plupart des pays font état d'estimations de la prévalence de la consommation de

Question particulière de l'OEDT sur la polytoxicomanie

Parallèlement au rapport annuel 2009, l'OEDT publie une question particulière sur la polytoxicomanie. Ce document passe en revue les définitions disponibles de ce mode de consommation de drogue très courant et présente des données qui permettent de mieux comprendre la prévalence et les caractéristiques de la polytoxicomanie au sein de différentes populations (enfants en âge scolaire, adultes, consommateurs problématiques de drogue). Les interventions existantes qui ciblent ce phénomène dans les domaines de la prévention, du traitement et de la réduction des risques sont également décrites. Le rapport comprend également un bref aperçu des risques associés à certains des assortiments de drogues les plus fréquents et une discussion sur la surveillance de la polytoxicomanie à l'avenir.

Cette question particulière est disponible en version imprimée et sur l'internet en anglais uniquement (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

champignons hallucinogènes au cours de la vie comprises entre 1 et 4 %, avec des taux supérieurs en Slovaquie (5 %) et en République tchèque (7 %) ⁽⁸⁶⁾.

Tendances dans la consommation d'amphétamines et d'ecstasy

Les tendances à la stabilisation, voire à la baisse, dans la consommation d'amphétamines et d'ecstasy en Europe mentionnées dans les rapports précédents sont étayées par les données les plus récentes. Après une augmentation généralisée dans les années 90, les enquêtes de population montrent désormais une stabilisation globale, voire une baisse modérée, dans la popularité des deux drogues, bien que cette évolution ne soit pas observée dans tous les pays.

La consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (15-34 ans) au Royaume-Uni a considérablement reculé, passant de 6,2 % en 1998 à 1,8 % en 2008. Au Danemark, la consommation d'amphétamines s'est accrue, passant de 0,5 % en 1994 à 3,1 % en 2000, avec un chiffre similaire en 2008 ⁽⁸⁷⁾. Parmi les autres pays faisant état d'enquêtes répétées sur une période analogue (Allemagne, Grèce, Espagne, France, Pays-Bas, Slovaquie et Finlande), les tendances sont relativement stables (voir graphique 7). Au cours de la période allant

⁽⁸³⁾ Voir graphique GPS-9 (partie ii) et tableaux GPS-17 et GPS-18 du bulletin statistique 2009.

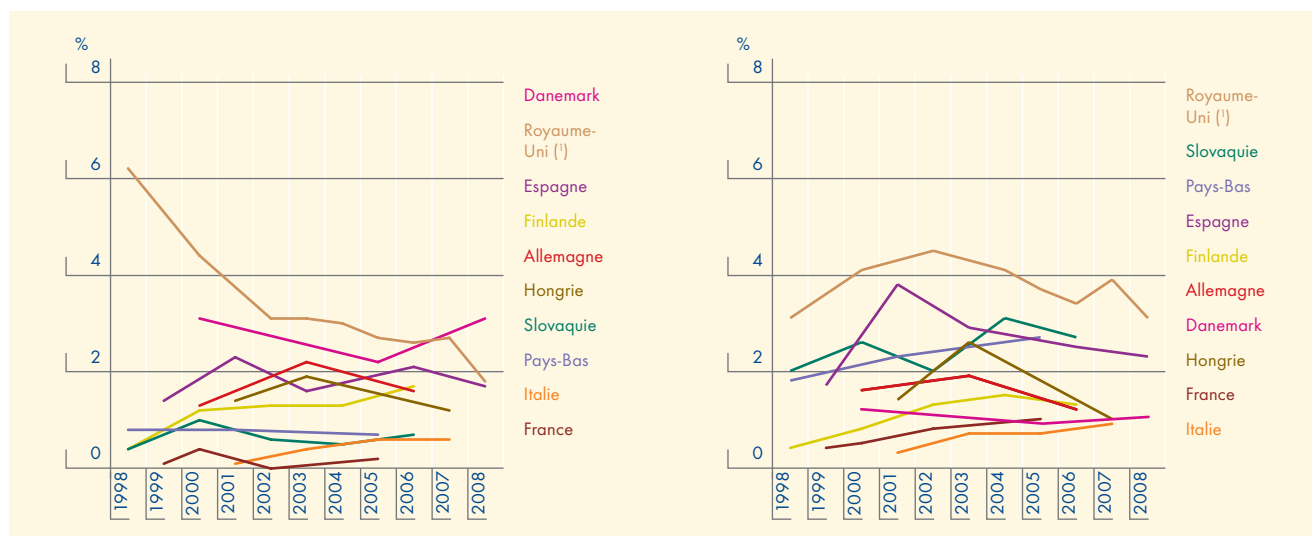
⁽⁸⁴⁾ Voir tableaux TDI-5 et TDI-37 (partie i, partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2009.

⁽⁸⁵⁾ Voir tableaux GPS-8 (partie i), GPS-9, GPS-11 et GPS-17 du bulletin statistique 2009.

⁽⁸⁶⁾ Données de l'ESPAD pour tous les pays, sauf l'Espagne. Voir graphique EYE-2 (partie v) du bulletin statistique 2009.

⁽⁸⁷⁾ Au Danemark, en 1994, les informations font référence aux «drogues dures», expression qui couvrirait essentiellement les amphétamines.

Graphique 7 — Tendances de la prévalence au cours de l'année dernière de l'usage d'amphétamines (à gauche) et d'ecstasy (à droite) chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



(!) Angleterre et pays de Galles.
 NB: Seules les données des pays ayant mené au moins trois enquêtes au cours de la période 1998-2008 sont présentées. Voir les graphiques GPS-8 et GPS-21 du bulletin statistique 2009 pour de plus amples informations.
 Sources: Rapports nationaux Reitox, extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

de 2002 à 2007, sur les onze pays disposant de données suffisantes sur la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée chez les 15-34 ans, quatre rapportent une diminution de 15 % ou plus, trois une stabilisation et quatre une hausse.

Concernant la consommation d'ecstasy chez les jeunes adultes (15-34 ans), le tableau est plus contrasté. Après une augmentation généralisée de la consommation dans certains pays européens à la fin des années 80 et au début des années 90, qui a débouché sur des niveaux de consommation d'ecstasy analogues en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni vers le milieu des années 90, la prévalence de la consommation au cours de la dernière année a diminué pour atteindre une moyenne européenne de 1,6 %. Parmi les pays ayant mené des enquêtes plus récentes, la prévalence reste plus élevée au Royaume-Uni que dans les autres pays ⁽⁸⁸⁾. Entre 2002 et 2007, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes a diminué d'au moins 15 % dans trois des onze pays ayant fourni des informations suffisantes, alors qu'elle est restée stable dans quatre pays et a augmenté dans quatre autres.

La cocaïne pourrait être en train de remplacer les amphétamines et l'ecstasy dans certains pays et dans certains segments de la population toxicomane. Cette hypothèse peut être vérifiée au Royaume-Uni et dans une certaine mesure dans d'autres pays (par exemple le Danemark et l'Espagne) où l'on a pu observer

simultanément une augmentation de la consommation de cocaïne et une baisse de celle des amphétamines (OEDT, 2008b).

L'enquête ESPAD et d'autres enquêtes scolaires menées en 2007 suggèrent globalement peu d'évolution des niveaux d'expérimentation des amphétamines et de l'ecstasy chez les élèves de 15 et 16 ans. La prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie a augmenté dans neuf pays si l'on considère les différences d'au moins 2 points de pourcentage entre 2003 et 2007. En retenant la même logique, la consommation d'ecstasy a augmenté dans sept pays. Seule l'Estonie a enregistré une baisse de la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie, alors que la République tchèque, le Portugal et la Croatie ont affiché une baisse de la consommation d'ecstasy.

Amphétamines et ecstasy dans les espaces récréatifs: consommation et interventions

La consommation de drogue et d'alcool est parfois associée à certains espaces récréatifs où les jeunes se rassemblent (par exemple manifestations dansantes et festivals de musique). Les études consacrées à la consommation de drogue dans ces lieux peuvent donner un point de vue utile sur le comportement des personnes consommant des amphétamines et de l'ecstasy ou d'autres drogues telles que la kétamine et l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB). Dans ces espaces,

⁽⁸⁸⁾ Voir graphique GPS-21 du bulletin statistique 2009.

les estimations de la consommation de drogue sont généralement élevées, mais ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population, et la drogue a tendance la plupart du temps à être consommée les week-ends et pendant les vacances (OEDT, 2006b).

Cinq pays (Belgique, République tchèque, Lettonie, Lituanie et Autriche) disposent de données sur la prévalence issues d'études menées dans les espaces récréatifs en 2007. Les estimations relatives à la prévalence au cours de la vie oscillent entre 15 et 71 % pour la consommation d'ecstasy et entre 17 et 68 % pour les amphétamines. Quatre de ces études font également état d'estimations de la prévalence au cours de la vie pour les champignons hallucinogènes, allant de 4 à 64 %. Une consommation fréquente d'ecstasy ou d'amphétamines peut également être relevée dans ces lieux, mais elle est généralement bien plus faible.

L'enquête britannique sur la criminalité 2007/2008 permet également d'obtenir des indications sur la concentration de la consommation de ces drogues chez les jeunes fréquentant les discothèques. Chez les 16-24 ans, les jeunes ayant déclaré s'être rendus dans une discothèque à quatre reprises ou plus au cours du dernier mois étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir consommé de l'ecstasy (8 %) au cours des douze derniers mois que ceux qui ne les fréquentent pas (2,3 %) (Hoare et Flatley, 2008).

Les conditions de santé et de sécurité des personnes qui fréquentent les discothèques et consomment des drogues suscitent des préoccupations de santé publique croissantes. Les lignes directrices pour des soirées festives en toute sécurité (*Safer dancing*) élaborées au Royaume-Uni sont devenues un outil important dans ce domaine. Toutefois, alors que douze pays indiquent désormais avoir élaboré des lignes directrices de ce type pour les sorties nocturnes, seuls les Pays-Bas, la Slovaquie, la Suède et le Royaume-Uni déclarent les appliquer et en assurer le suivi.

Les lignes directrices sur des soirées festives en toute sécurité visent à limiter les conditions propices à l'apparition de problèmes liés aux drogues et comprennent la disponibilité d'eau fraîche gratuite, l'accès immédiat aux premiers secours et un travail de prévention de proximité. Des rapports ont été fournis par les experts nationaux sur la disponibilité de ces mesures dans les discothèques dont les populations cibles sont suffisamment importantes pour que l'intervention puisse être mise en place. En règle générale, ils révèlent que même des mesures simples permettant de prévenir ou de réduire les risques sanitaires et la consommation de drogue dans les lieux de vie nocturne en Europe sont rarement disponibles.

Des actions de prévention de proximité ne sont disponibles dans la majorité des discothèques importantes qu'en Lituanie et en Slovaquie et dans une minorité de discothèques dans dix-huit pays. Elles n'existent pas dans six pays. Cinq pays indiquent que les premiers secours sont immédiatement disponibles dans la majorité des discothèques importantes (Luxembourg, Portugal, Slovaquie, Royaume-Uni et Norvège), alors qu'ils ne sont disponibles que dans une minorité des discothèques dans quinze pays et que cette mesure n'existe pas en Grèce ni en Suède. Enfin, de l'eau fraîche est gratuitement disponible dans la majorité des discothèques importantes dans onze pays et dans une minorité de ces lieux dans neuf pays. Cette mesure n'est pas disponible en Grèce, à Chypre et en Roumanie.

Traitement

Les consommateurs d'amphétamines reçoivent généralement un traitement dans des services ambulatoires qui, dans les pays affichant des niveaux importants de consommation d'amphétamines depuis longtemps, peuvent être spécialisés dans le traitement de ce type de problème de drogue. Le traitement des consommateurs d'amphétamines les plus problématiques peut être dispensé dans des services antidrogue en hébergement, dans des cliniques psychiatriques ou en milieu hospitalier.

Neuf pays font état de programmes de traitement spécifiques pour les consommateurs d'amphétamines à problèmes (Allemagne, Estonie, Espagne, Italie, Autriche, Portugal, Slovaquie, Slovaquie et Royaume-Uni). La disponibilité de ces programmes varie d'un pays à l'autre. Trois de ces pays seulement (Portugal, Slovaquie et Royaume-Uni) indiquent que des programmes spécialisés sont disponibles pour la majorité des consommateurs d'amphétamines qui en font activement la demande. Dans les six autres pays, les experts nationaux estiment qu'un traitement spécialisé concernant la dépendance aux amphétamines est disponible pour moins de la moitié des toxicomanes qui en font la demande. Le contenu de ces programmes spécifiquement destinés aux usagers de ces drogues est souvent mal documenté.

On constate généralement l'absence d'options thérapeutiques éprouvées pour guider le traitement de la dépendance aux psychostimulants tels que les amphétamines. De récentes recherches sur les agents pharmacologiques permettant aux consommateurs de mieux vivre leur abstinence ou de réduire les phénomènes de manque associés à la dépendance aux amphétamines ont abouti à des résultats prometteurs, inexistant jusqu'à présent. Une étude finlandaise sur l'utilisation de

méthylphénidate et d'aripiprazole a donné des premiers résultats positifs: les personnes ayant reçu du méthylphénidate produisent moins d'échantillons d'urine positifs aux amphétamines que ceux ayant reçu de l'aripiprazole ou un placebo (Tiihonen e.a., 2007). De plus, une récente revue de la littérature a révélé des résultats positifs à la suite de l'utilisation de méthylphénidate et de dexamphétamine dans le traitement de la dépendance aux méthamphétamines (Elkashef e.a., 2008).

La dexamphétamine est disponible depuis longtemps pour le traitement des consommateurs à problèmes d'amphétamines en Angleterre et au pays de Galles, où elle peut être prescrite par tout médecin. Toutefois les informations sur cette pratique au Royaume-Uni restent limitées. Une enquête sur les services de pharmacie menée il y a plus de dix ans estimait que 900 à 1 000 patients recevaient ce traitement (Strang et Sheridan, 1997). La plupart des prescriptions ont été délivrées par des médecins en hôpitaux ou cliniques et presque toutes par des médecins travaillant au sein du *National Health Service (NHS)*. Une enquête sur 265 services spécialisés du NHS menée en 2000 a révélé qu'environ un tiers des services prescrivaient de la dexamphétamine (Rosenberg e.a., 2002). Toutefois, les lignes directrices britanniques en matière de gestion clinique de la toxicomanie sont défavorables à la prescription de substitut de la dexamphétamine, en raison d'un manque d'efficacité avérée (NTA, 2007).

Pour l'heure, aucune mesure psychosociale ne s'est montrée réellement efficace pour aider les consommateurs de psychostimulants à rester sobres. Dans la littérature, les interventions ayant démontré le plus d'efficacité pour le traitement des consommateurs de drogues stimulantes sont des approches cognitives-comportementales telles que la prévention des rechutes. L'efficacité d'autres types

d'interventions est mal documentée. La raréfaction des études correctement menées sur les consommateurs primaires d'amphétamines, notamment d'études sur les résultats des traitements, fait considérablement obstacle à la littérature (Baker e.a., 2004). Par ailleurs, un article récent de Cochrane sur les interventions psychosociales dans le contexte de la dépendance aux psychostimulants a conclu que les seuls résultats comportementaux positifs observés de manière durable (suivi du traitement, réduction de la prise de drogue) l'ont été lors d'interventions psychosociales qui intégraient la gestion des contingences. Pourtant, cette approche est rarement appliquée en Europe, malgré quelques projets pilotes (voir chapitre 5).

D'autres recherches sont nécessaires sur les traitements psychosociaux et pharmacologiques pour les personnes souffrant de problèmes liés à la consommation d'amphétamines, notamment les usagers par voie intraveineuse. Les pratiques de traitement actuelles et la couverture des traitements en Europe doivent également être mieux documentées, et il reste beaucoup à faire en matière d'échange de bonnes pratiques. Le manque de programmes spécifiques pourrait décourager les consommateurs d'amphétamines et de méthamphétamines de demander un traitement, notamment à des stades précoces de consommation. En outre, la présence de ce type de programmes pourrait contribuer à amener davantage d'usagers à suivre un traitement, comme cela a été observé pour les consommateurs de cannabis à problèmes en Allemagne et en France, lorsque la disponibilité des programmes de traitement spécifiques a été étendue dans ces pays. Ces mesures peuvent être particulièrement utiles dans les pays qui ont récemment connu une hausse du nombre de consommateurs d'amphétamines et de méthamphétamines à problèmes, notamment les usagers par injection (Talu e.a., 2009).



Chapitre 5

Cocaïne et crack

Introduction

Une hausse globale de la consommation et des saisies de cocaïne a été observée dans l'Union européenne au cours de la dernière décennie, bien qu'elle soit largement confinée aux États membres occidentaux et que des différences considérables existent d'un pays à l'autre. Les données disponibles font également état d'une diversité considérable chez les consommateurs de cocaïne, tant en termes de mode de consommation qu'en termes sociodémographiques. Le groupe le plus important est constitué d'usagers qui ne font qu'expérimenter la substance à une ou à de rares occasions. Un autre groupe comprend des consommateurs réguliers socialement bien intégrés qui, dans certains pays, représentent un nombre relativement important de jeunes. Certains d'entre eux intensifieront leur consommation de cocaïne ou en consommeront pendant longtemps, ce qui peut conduire à des problèmes de santé chroniques ou sociaux et à une nécessité de traitement. Un troisième groupe d'utilisateurs comprend des personnes issues de groupes socialement exclus, dont d'anciens consommateurs ou des

consommateurs actifs d'opiacés. La plupart d'entre eux ont des modes de consommation de la cocaïne intensifs, probablement avec la consommation de crack ou l'injection de drogue, ce qui peut perpétuer ou exacerber les problèmes de santé et sociaux existants et compliquer le traitement pour consommation d'opiacés. En raison de la diversité des profils des consommateurs de cocaïne, l'évaluation de la prévalence de la consommation de cette drogue, ses conséquences sanitaires et sociales ainsi que les réponses nécessaires recèlent de nombreux défis.

Offre et disponibilité

Production et trafic

La culture de la coca, plante à la base de la cocaïne, reste concentrée dans quelques pays de la région des Andes ⁽⁸⁹⁾. L'ONU DC (2009) estimait pour l'année 2008 que la culture totale de la coca se traduisait en une production potentielle de 845 tonnes de chlorhydrate de cocaïne pur, dont 51 % en Colombie, 36 % au Pérou et 13 % en Bolivie. On estime

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

	Cocaïne	Crack ⁽¹⁾
Estimation de la production mondiale (tonnes)	845	n.d.
Quantité mondiale saisie (tonnes)	710 ⁽³⁾	0,8
Quantité saisie (tonnes) UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Prix de vente moyen au détail (EUR par gramme) Intervalle (intervalle interquartile) ⁽²⁾	44-88 (58-67)	20-112
Intervalle de pureté moyenne (%)	22-57	35-98

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

⁽²⁾ Intervalle contenant 50 % des prix moyens les plus au centre de la distribution.

⁽³⁾ Estimations de l'ONU DC: ce chiffre est équivalent à 412 tonnes de cocaïne pure.

NB: Les données se rapportent à 2007, hormis l'estimation de la production mondiale qui concerne 2008; n.d.: données non disponibles.

Sources: *Rapport mondial sur les drogues de l'ONU DC (2009) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.*

⁽⁸⁹⁾ Pour plus d'informations sur les sources des données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues, voir p. 42.

que la production globale de cocaïne a chuté de 15 % en 2008, principalement en raison d'une baisse de la production de cocaïne en Colombie — qui est passée de 600 tonnes en 2007 à 430 tonnes en 2008. La production de cocaïne au Pérou et en Bolivie en revanche a continué d'augmenter légèrement.

Le processus de transformation des feuilles de coca en chlorhydrate de cocaïne reste essentiellement mené en Colombie, au Pérou et en Bolivie, bien qu'il puisse également être observé dans d'autres pays d'Amérique du Sud. L'importance de la Colombie dans la production de cocaïne est corroborée par les informations sur les laboratoires démantelés et les saisies de permanganate de potassium, un réactif chimique utilisé dans la synthèse du chlorhydrate de cocaïne. En 2007, 2 471 laboratoires de cocaïne ont été démantelés (78 % du total mondial), et 144 tonnes de permanganate de potassium au total ont été saisies en Colombie (94 % des saisies mondiales) (OICS, 2009a).

Les informations disponibles laissent à penser que le trafic de cocaïne se poursuit vers l'Europe par différents itinéraires (OEDT, 2008d). Les expéditions de cocaïne transitent par les pays d'Amérique du Sud et centrale, tels que l'Argentine, le Brésil, l'Équateur, le Mexique et le Venezuela, avant d'arriver en Europe. Les pays des Caraïbes sont aussi fréquemment utilisés pour le transbordement de la drogue vers l'Europe. Sur ces itinéraires, la cocaïne est introduite clandestinement sur des vols commerciaux ou par voie maritime. Ces dernières années, un autre itinéraire passant par l'Afrique de l'Ouest a été identifié. À partir de cette région, la cocaïne est souvent expédiée en Europe grâce à des navires de pêche ou de plaisance, bien qu'un trafic par voie aérienne ou par route via l'Afrique du Nord ait également été rapporté (Europol, 2007).

D'autres pays de transit ont également été mentionnés au cours de ces dernières années. Il s'agit de l'Afrique du Sud, de la Russie, mais également de pays d'Europe centrale et orientale, où le nombre de saisies de cocaïne s'est accru, passant d'environ 412 cas en 2002 à 1 065 cas en 2007. La Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et le Royaume-Uni ont été mentionnés comme des pays de transit importants des envois de cocaïne au sein de l'Europe.

Saisies

La cocaïne est la drogue qui fait l'objet du trafic le plus intense dans le monde, après le cannabis végétal et la résine de cannabis. En 2007, les saisies de cocaïne à l'échelle mondiale sont restées stables à environ

Comprendre la baisse des prix de la cocaïne en Europe

Depuis 2000, les prix de la cocaïne corrigés de l'inflation ont chuté en Europe alors que la demande pour cette substance s'est accrue, comme le montre la prévalence de la consommation de cocaïne dans la population générale et chez les usagers à problèmes. Différents facteurs pourraient expliquer ces résultats inattendus. Un des facteurs essentiels est certainement lié à la hausse de l'offre de cocaïne en Europe, illustrée par des volumes croissants de saisies. La recherche d'une alternative au marché nord-américain, par les trafiquants sud-américains de cocaïne, pourrait être un facteur incitant à cibler davantage le marché européen. De plus, un des facteurs d'attraction a été la demande croissante de cocaïne en Europe. Le volume croissant de consommation de cocaïne en Europe ainsi que des monnaies européennes relativement fortes par rapport au dollar américain pourraient avoir compensé la baisse des prix et, probablement, des marges bénéficiaires plus faibles.

D'autres facteurs pourraient également avoir influencé le prix de la cocaïne. Les avancées technologiques et les nouveaux itinéraires de trafic, tels que l'Afrique de l'Ouest, où le contrôle de la drogue est peu appliqué et les trafiquants faiblement rémunérés, pourraient avoir entraîné une baisse des coûts de transport et une réduction des risques de trafic. La concurrence croissante au sein du marché de la cocaïne (Desroches, 2007) pourrait également avoir influencé les prix de la drogue en Europe.

Le manque de données dans ce domaine rend cette analyse nécessairement spéculative et souligne l'importance de mieux comprendre les facteurs qui influencent le marché de la drogue en Europe. L'OEDT s'engage à continuer de promouvoir les collaborations et les recherches dans ce domaine.

710 tonnes. L'Amérique du Sud reste la région du monde qui intercepte les plus grandes quantités de la drogue (45 % des saisies totales), suivie par l'Amérique du Nord (28 %) et l'Europe occidentale et centrale (11 %) (ONUDD, 2009).

En Europe, le nombre des saisies de cocaïne est en augmentation depuis vingt ans et plus, particulièrement depuis 2003. En 2007, le nombre de saisies de cocaïne a augmenté, passant à 92 000 cas, alors que la quantité totale interceptée a baissé, passant de 121 tonnes en 2006 à 77 tonnes en 2007. Cette baisse de la quantité totale de cocaïne saisie est largement due à des quantités moins importantes saisies en 2007 au Portugal et dans une moindre mesure en Espagne et en France par rapport à l'année précédente⁽⁹⁰⁾. En 2007, l'Espagne est restée le pays d'Europe à déclarer la plus grande quantité saisie et le plus grand nombre de saisies de cette drogue — environ la moitié du total — en Europe.

⁽⁹⁰⁾ Voir tableaux SZR-9 et SZR-10 du bulletin statistique 2009.

La législation en matière de lutte contre le trafic de drogue en haute mer

La réussite des opérations visant à entraver le trafic de drogue en mer repose sur la bonne coopération entre États et est facilitée par deux conventions internationales.

En vertu de l'article 108 de la convention internationale sur le droit de la mer (1982), tout État qui a de sérieuses raisons de penser qu'un navire battant son pavillon⁽¹⁾ se livre au trafic illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes peut demander la coopération d'autres États pour mettre fin à ce trafic. L'article 17 de la convention des Nations unies de 1988 contre le trafic de stupéfiants prévoit d'autres mesures de coopération. Cette convention établit un dispositif permettant à tout État qui a des motifs raisonnables de soupçonner qu'un navire portant une immatriculation d'un autre État se livre au trafic illicite de demander à l'État du pavillon l'autorisation d'arraisonner le navire, de visiter le navire et de saisir toute cargaison de drogue et de poursuivre ensuite les auteurs de l'infraction. Ces actions peuvent avoir lieu en tout lieu hors des eaux territoriales. Des autorités nationales compétentes sont nommées en tant que points de contact, en disponibilité permanente, afin de répondre à ces demandes le plus rapidement possible. Les demandes peuvent être accueillies, accueillies sous conditions ou rejetées. L'interdiction ne peut être exécutée que par des navires de guerre ou des aéronefs militaires ou d'autres navires ou aéronefs dûment habilités à cet effet portant visiblement une marque extérieure et identifiables comme étant au service de l'État.

L'arraisonnement en lui-même et les actions ultérieures sont menés par une équipe de policiers de l'état demandeur, baptisée «law enforcement detachment» (LEDET). Lorsqu'il est coordonné par des agences intergouvernementales telles que le centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre — Narcotics), un LEDET est parfois assuré par un navire de guerre d'un autre État. Dans ce cas, pour respecter les exigences relatives à l'identification, des hélicoptères et des navires plus petits utilisés au cours de l'opération d'arraisonnement battent temporairement pavillon de l'État LEDET et non celui de leur navire.

(1) La juridiction sur un navire et son équipage est exercée par l'État dans lequel le navire est enregistré (l'«État pavillon»).

Pureté et prix

La pureté moyenne de la cocaïne saisie en Europe était comprise entre 22 et 57 % en 2007⁽⁹¹⁾. La plupart des pays disposant de suffisamment de données pour analyser les tendances dans le temps font état d'un recul de la pureté de la cocaïne sur la période 2002-2007, à l'exception de l'Espagne et du Portugal.

En 2007, le prix de vente au détail moyen de la cocaïne oscillait entre 44 et 88 euros par gramme dans les dix-neuf pays indiquant des informations à ce sujet, sachant qu'environ la moitié d'entre eux mentionnaient des prix moyens compris entre 58 et 67 euros par gramme. Pour les pays qui ont fourni des données suffisantes pour établir des comparaisons, le prix de la cocaïne vendue dans la rue a baissé entre 2002 et 2007.

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cocaïne dans la population générale

Globalement, bien que sa consommation varie fortement d'un pays à l'autre, la cocaïne reste la deuxième drogue illicite en Europe après le cannabis. On estime à quelque 13 millions le nombre d'Européens qui en ont consommé au moins une fois dans leur vie, soit une moyenne de 3,9 % des adultes âgés entre 15 et 64 ans (voir tableau 8 pour une synthèse des données). Les chiffres nationaux oscillent entre 0,1 et 8,3 %, avec douze pays sur vingt-trois, dont la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, faisant état de très faibles niveaux de prévalence au cours de la vie chez la population adulte (de 0,5 à 2 %).

On estime qu'environ 4 millions d'Européens ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée (1,2 % en moyenne), bien qu'une fois encore, il existe des écarts considérables entre pays. De récentes études nationales estiment la prévalence au cours de la dernière année entre 0 et 3,1 %, alors que ce taux ne dépasse pas 1 % dans dix-huit des vingt-quatre pays. L'estimation de la prévalence de consommation de cocaïne au cours du dernier mois en Europe représente quelque 0,4 % de la population adulte, soit environ 1,5 million d'individus. Il est probable qu'il s'agisse là d'hypothèses basses.

Dans l'ensemble, la consommation de cocaïne semble se concentrer dans quelques pays, et plus particulièrement au Danemark, en Espagne, en Italie, en Irlande et au Royaume-Uni, alors que, dans les autres pays européens, la consommation de la drogue reste relativement faible. Dans les pays où les amphétamines dominent le marché des drogues stimulantes illicites, les estimations de la consommation de cocaïne sont basses dans pratiquement tous les cas. À l'inverse, là où la cocaïne est le principal stimulant illicite, les amphétamines sont peu répandues.

La proportion de personnes ayant consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie qui évoluent vers des modes de consommation intensifs reste limitée. Les données d'enquêtes de population générale suggèrent un

(91) Pour des données relatives à la pureté et au prix, voir tableaux PPP-3 et PPP-7 du bulletin statistique 2009.

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

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Toute la vie	Année dernière	Mois dernier
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	13 millions	4 millions	1,5 million
Moyenne européenne	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Plage de données	0,1-8,3 %	0,0-3,1 %	0,0-1,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Lituanie, Malte (0,4 %) Grèce (0,7 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) République tchèque, Hongrie, Pologne (0,2 %)	République tchèque, Grèce, Estonie, Roumanie (0,0 %) Malte, Lituanie, Pologne, Finlande (0,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Espagne (8,3 %) Royaume-Uni (7,6 %) Italie (6,8 %) Irlande (5,3 %)	Espagne (3,1 %) Royaume-Uni (2,3 %) Italie (2,2 %) Irlande (1,7 %)	Espagne (1,1 %) Royaume-Uni (1,0 %) Italie (0,8 %) Irlande (0,5 %)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	3 millions	1 million
Moyenne européenne	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Plage de données	0,1-12,0 %	0,1-5,5 %	0,0-2,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Lituanie (0,7 %) Malte (0,9 %) Grèce (1,0 %)	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Pologne (0,3 %) Hongrie, République tchèque (0,4 %)	Estonie, Roumanie (0,0 %) République tchèque, Grèce, Pologne (0,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,0 %) Espagne (11,8 %) Danemark (9,5 %) Irlande (8,2 %)	Espagne (5,5 %) Royaume-Uni (4,5 %) Danemark (3,4 %) Irlande, Italie (3,1 %)	Royaume-Uni (2,1 %) Espagne (1,9 %) Italie (1,2 %) Irlande (1,0 %)
15-24 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	3 millions	1,5 million	0,6 million
Moyenne européenne	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Plage de données	0,1-9,9 %	0,1-5,6 %	0,0-2,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,6 %) Lituanie (0,7 %) Malte, Pologne (1,1 %)	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Pologne (0,3 %) République tchèque (0,4 %)	Estonie, Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) République tchèque, Pologne, Portugal (0,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (9,9 %) Espagne (9,3 %) Danemark (9,2 %) Irlande (7,0 %)	Danemark (5,6 %) Espagne (5,4 %) Royaume-Uni (5,0 %) Irlande (3,8 %)	Royaume-Uni (2,5 %) Espagne (1,7 %) Italie (1,2 %) Irlande (1,1 %)

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

fort taux de décrochage chez les consommateurs de cocaïne. Dans les pays où la prévalence au cours de la dernière année est supérieure à 2 %, la plupart des

adultes (de 80 à 95 %) qui ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie n'en ont pas pris au cours du mois écoulé ⁽⁹²⁾.

⁽⁹²⁾ Voir graphique GPS-16 du bulletin statistique 2009.

Consommation de cocaïne chez les jeunes adultes

En Europe, on estime à 7,5 millions, soit une moyenne de 5,6 %, le nombre de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) qui ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie. Les chiffres nationaux oscillent entre 0,1 et 12,0 %. La moyenne européenne relative à la consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée au sein de cette tranche d'âge est estimée à 2,2 % (3 millions de personnes) et à 0,8 % (1 million) pour la consommation au cours du dernier mois.

La consommation est particulièrement élevée chez les jeunes hommes (15-34 ans), avec une prévalence de consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée comprise entre 4,2 et 7,7 % au Danemark, en Espagne, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni ⁽⁹³⁾. Dans la plupart des pays, le ratio de prévalence hommes/femmes pour la consommation de cocaïne au cours de la dernière année chez les jeunes adultes est au moins de 2/1.

La prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la dernière année chez les 15-24 ans est estimée à 2,2 %, ce qui correspond à 1,5 million d'utilisateurs en Europe. Contrairement aux estimations de prévalence de la consommation de cannabis ou d'ecstasy, qui sont supérieures dans la tranche d'âge des 15-24 ans, les mesures portant sur la consommation récente (année et mois écoulés) sont similaires dans les groupes des 15-34 ans et des 15-24 ans ⁽⁹⁴⁾.

La consommation de cocaïne est aussi associée à celle d'alcool et à certains styles de vie. Par exemple, une analyse des données issues de l'enquête britannique 2007/2008 sur la criminalité estimait que quelque 13,5 % des 16-24 ans ayant fréquenté des bars à neuf reprises ou plus au cours du dernier mois déclaraient avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée, contre 1,7 % des personnes n'ayant pas fréquenté de bar. La fréquentation des discothèques est aussi associée à une consommation supérieure de cocaïne, étant donné que 10 % des 16-24 ans qui ont fréquenté une discothèque quatre fois ou plus au cours du dernier mois déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée, contre 3,3 % de ceux qui n'en ont pas fréquenté. L'enquête fait également état de faibles taux de consommation de crack, même parmi les consommateurs de cocaïne, ce qui confirme les résultats d'autres études révélant les différences de profil des consommateurs de ces deux substances (Hoare et Flatley, 2008). Les études menées dans les espaces récréatifs font également état de taux de prévalence supérieurs de la consommation de

cocaïne que dans la population générale (OEDT, 2007a). En outre, une récente étude internet menée auprès d'adeptes de musique électronique en République tchèque indique que 30,9 % des répondants avaient consommé de la cocaïne.

L'enquête 2008 de l'Eurobaromètre qui a été menée dans les vingt-sept États membres de l'UE révèle que 85 % des 15-25 ans perçoivent la consommation de cocaïne comme un risque majeur pour la santé. Les taux de répondants percevant un niveau de risque pour la santé similaire avec l'utilisation d'autres substances sont bien inférieurs: 40 % pour le cannabis, 28 % pour le tabac et 24 % pour l'alcool. Seule la consommation d'héroïne est considérée comme présentant un risque majeur par une proportion plus importante de répondants. Il y a peu d'écarts entre les pays, et 95 % des répondants considèrent que l'interdiction de la cocaïne devrait être maintenue (Commission européenne, 2008b).

Consommation de cocaïne chez les élèves

Les estimations relatives à la prévalence de la consommation de cocaïne chez les élèves sont bien inférieures à celles de la consommation de cannabis. La prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans d'après l'enquête ESPAD est comprise entre 1 et 2 % dans la moitié des vingt-huit pays déclarants. La plupart des autres pays font état de niveaux de prévalence entre 3 et 4 %, alors qu'en France, en Italie et au Royaume-Uni, ce taux atteint 5 %. La prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie est plus importante chez les garçons que chez les filles dans la plupart des pays, avec des niveaux records (6 %) enregistrés en France et en Italie ⁽⁹⁵⁾.

Comparaisons internationales

Dans l'ensemble, les estimations de la prévalence au cours de l'année écoulée pour la cocaïne sont plus faibles chez les jeunes adultes de l'Union européenne que chez leurs homologues australiens et américains. Toutefois, deux pays, l'Espagne et le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), font état de taux supérieurs à l'Australie, et seule l'Espagne enregistre une estimation supérieure à celle des États-Unis (voir graphique 8).

Tendances de la consommation de cocaïne

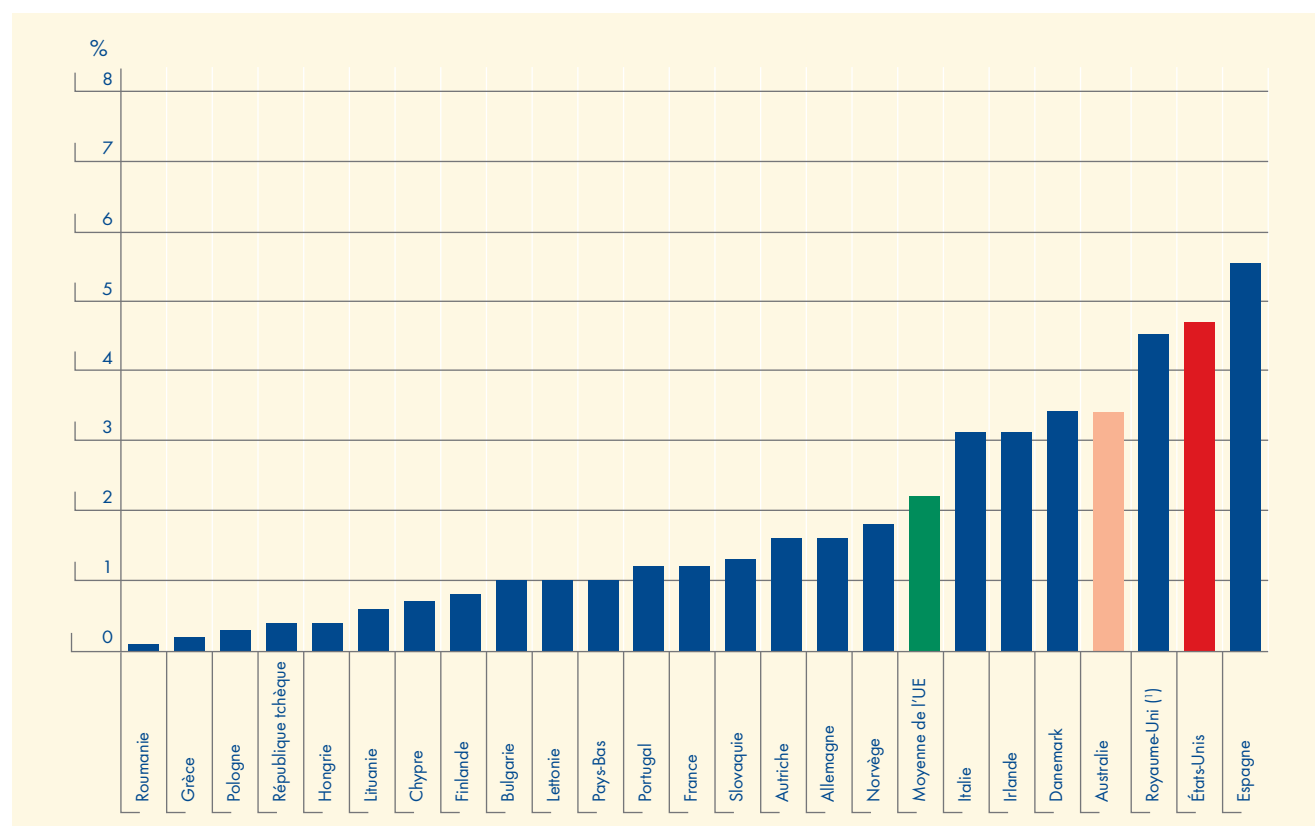
Pour simplifier, les tendances en matière de consommation de cocaïne en Europe ont suivi des évolutions différentes. Dans les deux pays affichant la prévalence de la

⁽⁹³⁾ Voir graphique GPS-13 du bulletin statistique 2009.

⁽⁹⁴⁾ Voir graphique GPS-15 et tableaux GPS-14, GPS-15 et GSP-16 pour toutes les années; tableaux GPS-17, GPS-18 et GPS-19 pour les dernières données du bulletin statistique 2009.

⁽⁹⁵⁾ Voir tableau EYE-12 du bulletin statistique 2009.

Graphique 8 — Prévalence au cours de l'année dernière de l'usage de cocaïne chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans) en Europe, en Australie et aux États-Unis



(*) Angleterre et pays de Galles.

NB: Les données sont extraites de la dernière enquête disponible pour chaque pays. Le taux moyen de prévalence européen a été calculé par la moyenne des taux de prévalence nationaux pondérés en fonction de la population nationale de la tranche d'âge des 15 à 34 ans (2006, données extraites d'Eurostat). Les données relatives aux États-Unis et à l'Australie ont été recalculées à partir des résultats de l'enquête initiale pour la tranche d'âge des 15-34 ans. Voir le graphique GPS-20 du bulletin statistique 2009 pour de plus amples informations.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>), *National survey on drug use and health, 2007*.

Australian Institute of Health and Welfare 2008, «2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings», *Drug statistics series* no. 22, n° de cat.: PHE 107, Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

consommation de cocaïne la plus élevée (Espagne et Royaume-Uni), la consommation de drogues s'est considérablement accrue à la fin des années 90, avant que la tendance ne devienne plus stable, bien que toujours à la hausse globalement. Dans un second groupe de pays, comprenant le Danemark, l'Irlande et l'Italie, l'augmentation de la prévalence a été moins marquée et est intervenue un peu plus tard. Les niveaux de consommation dans ces trois pays sont néanmoins élevés par rapport aux autres pays européens. Dans les autres pays d'Europe, le tableau est difficile à interpréter, avec des taux de prévalence globalement faibles et à la fois de légères hausses et de légères baisses constatées dans certains pays. Parmi les onze pays pour lesquels il est possible d'analyser la tendance de 2002 à 2007, on constate que la prévalence de la consommation au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (15-34 ans) a augmenté de 15 % au moins par rapport à la valeur

initiale dans cinq pays (Irlande, Italie, Lettonie, Portugal et Royaume-Uni) ^(*), diminué dans deux pays (Hongrie et Pologne) et est restée stable dans quatre (Allemagne, Espagne, Slovaquie et Finlande) (voir graphique 9).

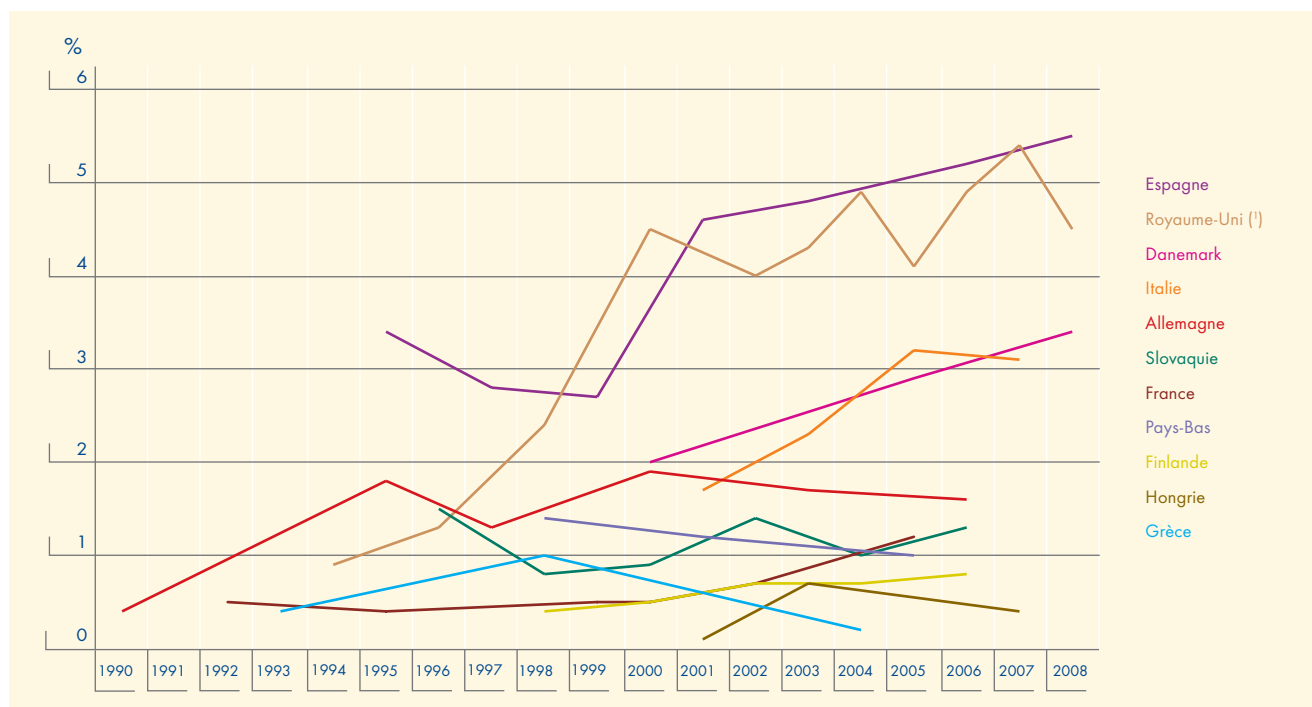
Dans les enquêtes scolaires ESPAD menées en 2007, la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans s'est accrue d'au moins 2 points de pourcentage depuis 2003 en France, à Chypre, à Malte, en Slovénie et en Slovaquie. L'enquête espagnole effectuée en milieu scolaire a révélé une hausse de 2 points de pourcentage entre 2004 et 2007.

Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé

Il semble que l'ampleur des problèmes de santé liés à la consommation de cocaïne soit sous-estimée. Cela est dû en partie à la nature souvent peu spécifique ou chronique

^(*) Le Danemark a également enregistré une hausse, mais au cours d'une période différente.

Graphique 9 — Tendances de la prévalence au cours de l'année dernière de l'usage de cocaïne chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



(¹) Angleterre et pays de Galles.

NB: Voir le graphique GPS-14 (partie ii) du bulletin statistique 2009 pour de plus amples informations.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2008), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

des pathologies survenant généralement à la suite d'une consommation de cocaïne de longue durée, et en partie aux difficultés à établir un lien de cause à effet entre la maladie et la consommation de drogue. La consommation régulière de cocaïne, notamment sniffée, peut être associée à des troubles cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques, et à un risque accru d'accidents et de violence. La consommation concomitante d'autres substances, dont l'alcool, peut aussi aggraver certains problèmes liés à la cocaïne (voir OEDT, 2007a). Une étude menée aux États-Unis estime que les consommateurs fréquents de cocaïne présentent un risque d'infarctus du myocarde non mortel sept fois plus élevé que les non-consommateurs (Qureshi e.a., 2001). En règle générale, on estime qu'un quart des infarctus du myocarde non mortels chez les personnes âgées de 18 à 45 ans est imputable à une «consommation fréquente de cocaïne».

Des rapports récents montrent que, dans les pays affichant des niveaux de prévalence de la consommation de cocaïne relativement élevés, la majorité des urgences hospitalières liées à la drogue concernent cette substance. Le réseau américain de prévention contre l'abus de drogue (DAWN) estime que la cocaïne, consommée seule ou en association avec d'autres drogues, était impliquée dans six visites aux urgences liées à la drogue sur dix en 2006. En

Espagne, le système national de déclaration des urgences hospitalières liées à la consommation de substances psychoactives à des fins non médicales indique en 2006 que la cocaïne était la substance la plus fréquemment citée (59 %), suivie du cannabis (31 %), des sédatifs (28 %) et de l'héroïne (22 %), avec une consommation d'alcool souvent associée à ces substances. Dans une étude menée auprès des patients hospitalisés dans un service d'urgence à Barcelone pour des problèmes directement liés à la consommation de cocaïne, les principaux troubles constatés étaient un état d'angoisse ou d'agitation (48 %) et des douleurs thoraciques ou des palpitations (25 %).

L'injection de cocaïne et la consommation de crack sont associées aux plus grands risques de problèmes de santé (dont troubles cardiovasculaires et psychiatriques, détérioration de la santé). Ces problèmes sont généralement aggravés par une marginalisation sociale et d'autres problèmes spécifiques, tels que les risques liés à l'injection. La consommation conjointe d'opiacés et de cocaïne semble être liée à un risque accru de surdose d'opiacés (OEDT, 2007a).

La dépendance est l'une des conséquences négatives de la consommation de cocaïne. Une étude menée aux États-Unis a montré qu'environ 5 % des consommateurs de

cocaïne peuvent devenir dépendants au cours de la première année d'utilisation, bien qu'ils ne soient pas plus de 20 % environ à devenir dépendants sur le long terme (Wagner et Anthony, 2002). Une autre étude a montré que près de 40 % des consommateurs dépendants sont guéris sans traitement contre la drogue ou l'alcool (Cunningham, 2000). On observe également que beaucoup de consommateurs de cocaïne contrôlent leur consommation en se fixant des règles par exemple sur la quantité, la fréquence ou le contexte de consommation (Decorte, 2000).

Consommation problématique de cocaïne et demandes de traitement

Les estimations nationales de la consommation problématique de cocaïne (consommation par injection ou consommation régulière/de longue durée) ne sont disponibles que pour l'Espagne et l'Italie, alors que le Royaume-Uni dispose d'estimations régionales et sur le crack⁽⁹⁷⁾. En Italie, en 2007, on estimait le nombre de consommateurs de cocaïne à problèmes à 3,8-4,7 pour 1 000 adultes. À en croire les dernières données de l'Espagne, en 2002, il y avait entre 4,5 et 6 consommateurs de cocaïne à problèmes pour 1 000 adultes (de 15 à 64 ans). Les estimations des usagers de cocaïne à problèmes sous-estiment probablement la population nécessitant un traitement ou des interventions rapides, car les consommateurs de cocaïne à problèmes socialement intégrés pourraient être sous-représentés dans les sources de données utilisées.

La cocaïne, et surtout la cocaïne en poudre, était citée comme la principale raison de commencer un traitement pour toxicomanie par environ 17 % de tous les patients en traitement, ce qui correspond à 61 000 cas déclarés dans vingt-cinq pays européens. La proportion des consommateurs citant la cocaïne comme leur drogue primaire est plus importante chez ceux qui commencent un traitement pour la première fois (22 %).

On constate des écarts importants entre les pays concernant la proportion de patients soignés pour dépendance à la cocaïne parmi l'ensemble des patients et les nouveaux patients. L'Espagne affiche les taux les plus élevés chez tous les patients (45 %) et les nouveaux patients (60 %), suivie des Pays-Bas (32 et 29 %) et de l'Italie (23 et 26 %). En Belgique, en Irlande, à Chypre, au Luxembourg et au Royaume-Uni, les patients soignés pour dépendance à la cocaïne représentent entre 11 et 13 % de tous les nouveaux toxicomanes en traitement; dans les autres pays d'Europe, les consommateurs de cocaïne

représentent moins de 10 % des patients en traitement et moins de 1 % dans sept pays⁽⁹⁸⁾.

Le nombre de patients admis en traitement pour consommation primaire de cocaïne s'accroît en Europe depuis plusieurs années, bien que cette tendance soit fortement influencée par quelques pays. Entre 2002 et 2007, les hausses proportionnelles les plus importantes

La consommation de crack en Europe

La cocaïne est disponible sous deux formes: en tant que cocaïne en poudre (cocaïne HCl, un sel hydrochloride) et en tant que cocaïne crack (une base libre) qui est moins couramment consommée. Généralement fumé, le crack est réputé produire un état d'euphorie intense qui peut entraîner des modes de consommation problématiques. En général, il est fabriqué à partir de la cocaïne HCl à proximité des lieux de vente et de consommation.

La consommation de crack a commencé à se développer aux États-Unis au milieu des années 90, principalement dans les quartiers défavorisés de centre-ville des zones métropolitaines, touchant de manière disproportionnée les minorités ethniques. On a craint qu'un phénomène similaire se produise en Europe, mais, jusqu'à présent, aucune épidémie grave de crack n'a été observée.

Le crack est toutefois consommé dans certaines villes européennes, bien qu'il soit difficile de mesurer exactement l'ampleur de ce phénomène. Les rapports sur la situation à Londres (GLADA, 2004) et Dublin (Connolly e.a., 2008) font également penser à une possible expansion. À Londres, la consommation de crack est considérée comme un aspect majeur des problèmes de drogue dans la ville, et son augmentation depuis le milieu des années 90 est principalement attribuée à une population croissante de consommateurs d'opiacés qui consomment également du crack.

La plupart des demandes de traitement liées au crack et la plupart des saisies de cette drogue sont enregistrées au Royaume-Uni. Une étude a estimé le nombre de consommateurs de crack à problèmes en Angleterre à 5,2-5,6 pour 1 000 adultes en 2006-2007. D'importants problèmes liés au crack ont également été rapportés dans d'autres villes européennes.

La consommation de crack touche principalement les groupes marginalisés et défavorisés tels que les prostituées et les consommateurs d'opiacés à problèmes, et certains pays en font état au sein de minorités ethniques spécifiques (par exemple en France, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). Chez les personnes bien intégrées dans la société, y compris les consommateurs réguliers de cocaïne en poudre, la consommation de crack est très peu courante (Prinzleve e.a., 2004). Toutefois, la persistance de la consommation de crack dans certains groupes et certaines villes souligne le risque de propagation à des populations plus vastes.

⁽⁹⁷⁾ Voir «La consommation de crack en Europe».

⁽⁹⁸⁾ Voir graphique TDI-2 et tableau TDI-5 (partie i et partie ii) du bulletin statistique 2009; les données pour l'Espagne concernent l'année 2006.

chez les nouveaux patients ont été enregistrées en Espagne, en Irlande et en Italie. Dans les pays disposant de suffisamment de données pour analyser les tendances dans le temps, le nombre de patients entamant un traitement qui citent la cocaïne comme leur drogue principale s'est accru de 13 à 19 % (dans dix-huit pays) ⁽⁹⁹⁾. Pour les nouveaux patients en traitement, la proportion est passée de 17 à 25 % (dans dix-neuf pays). Depuis 2005, parmi les pays affichant les taux les plus élevés de patients admis en traitement pour usage de cocaïne, la situation est stable en Espagne et en Italie, alors qu'aux Pays-Bas, la proportion de nouveaux patients pour dépendance à la cocaïne a baissé. Toutefois, ce taux augmente à présent dans d'autres pays, tels que le Danemark, l'Irlande, la Grèce et le Portugal ⁽¹⁰⁰⁾.

Profil des patients en traitement

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

Les patients en traitement pour consommation de cocaïne présentent le ratio hommes/femmes le plus élevé (cinq hommes pour une femme) et l'une des moyennes d'âge les plus élevées (environ 32 ans) chez les patients traités pour toxicomanie. Cela est notamment le cas dans certains pays comptant beaucoup de patients en traitement pour consommation primaire de cocaïne, notamment l'Italie où le ratio hommes/femmes est de 8/1 et l'âge moyen de 35 ans. Presque la moitié des patients traités pour consommation de cocaïne ont commencé à consommer cette drogue avant l'âge de 20 ans et 88 % avant 30 ans. Des délais assez longs (de neuf à douze ans) sont observés entre la première prise de cocaïne et la première admission en traitement en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas ⁽¹⁰¹⁾.

La plupart des patients consommateurs de cocaïne déclarent la sniffer (55 %) ou la fumer (32 %), alors qu'ils sont moins de 7 % à se l'injecter ⁽¹⁰²⁾. Une analyse menée dans quatorze pays en 2006 a révélé qu'environ 63 % des patients traités pour consommation de cocaïne sont polytoxicomanes. Ils sont ainsi 42 % à consommer également de l'alcool, 28 % du cannabis et 16 % de l'héroïne. La cocaïne est aussi souvent mentionnée en tant que drogue secondaire notamment chez les patients consommateurs primaires d'héroïne (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

En 2007, environ 8 000 patients ont été admis en traitement ambulatoire pour consommation primaire de crack, ce qui représente 15 % de l'ensemble des patients consommateurs de cocaïne et 2,7 % de l'ensemble des toxicomanes en traitement ambulatoire. La plupart des consommateurs de crack (environ 6 500) sont situés au Royaume-Uni, où ils représentent 45 % des consommateurs de cocaïne en traitement. Quasiment un quart (22 %) des consommateurs primaires de crack en traitement consomment également de l'héroïne et sont souvent des chômeurs et des sans-abri ⁽¹⁰⁴⁾.

Globalement, on peut distinguer deux grands groupes de consommateurs de cocaïne en traitement: les personnes bien intégrées dans la société qui consomment de la cocaïne en poudre et un groupe de patients davantage marginalisés, qui consomment de la cocaïne, souvent du crack, associée à des opiacés. Les membres du premier groupe déclarent le plus souvent sniffer la drogue et parfois l'associer à d'autres substances telles que l'alcool ou le cannabis mais pas les opiacés. Certains membres de ce groupe sont contraints de suivre un traitement par le système judiciaire. Le second groupe de patients déclare souvent s'injecter la drogue, consomme à la fois de la cocaïne et des opiacés, fume parfois du crack et vit dans des conditions sociales et de santé précaires. Parmi ces patients, on relève d'anciens héroïnomanes entamant à nouveau un traitement pour consommation de cocaïne.

Traitement et réduction des risques

Traitement

En Europe, les structures publiques de traitement antidrogue sont essentiellement orientées sur les besoins des consommateurs d'opiacés, et celles qui se consacrent au traitement des consommateurs de cocaïne sont rares et souvent privées. Certains pays (par exemple l'Irlande, l'Italie et l'Espagne) ont toutefois mis en place des stratégies ou des programmes de traitement ciblant les consommateurs de cocaïne, et ce type de programme est en cours de développement en France.

L'hétérogénéité des consommateurs de cocaïne, ainsi que de leurs problèmes et besoins, complique l'organisation et l'offre de services de soins pour ceux qui en ont besoin. Certaines populations de consommateurs de cocaïne sont difficiles à atteindre, et il est donc compliqué de leur faire suivre un traitement. Par exemple,

⁽⁹⁹⁾ Seuls les patients entamant un traitement pour consommation primaire d'opiacés, de cannabis, de cocaïne et d'autres stimulants sont pris en compte.

⁽¹⁰⁰⁾ Voir graphiques TDI-1 et TDI-3 et tableau TDI-3 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁰¹⁾ Voir tableaux TDI-10, TDI-11 (partie iii), TDI-21 et TDI-103 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁰²⁾ Voir tableau TDI-17 (partie iv) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁰³⁾ Voir la question particulière sur la polytoxicomanie.

⁽¹⁰⁴⁾ Voir «La consommation de crack en Europe» (p. 73) et les tableaux TDI-7 et TDI-115 du bulletin statistique 2009.

les consommateurs de cocaïne par voie intraveineuse et les consommateurs de crack marginalisés ne font souvent pas la démarche de demander un traitement. C'est la raison pour laquelle, en Irlande, un travail de proximité et d'autres interventions sont recommandés afin d'inciter à suivre un traitement des usagers qui n'auraient pas été pris en charge autrement (Connolly e.a., 2008). Les programmes de traitement de proximité peuvent également bénéficier à certains groupes. Une étude danoise sur les consommateurs de crack marginalisés en fournit un bon exemple. Le programme de traitement a obtenu de bons résultats en termes d'observance et de satisfaction à l'égard du traitement chez les patients. Les consommateurs traités ont indiqué que leur état de santé, leurs conditions de vie, leurs relations familiales et sociales ainsi que leur état psychiatrique s'étaient améliorés (Henskens e.a., 2008).

Il peut également être difficile d'orienter en traitement les consommateurs de cocaïne bien intégrés dans la société. Par exemple, ils peuvent considérer que les services de traitement dans lesquels les consommateurs d'opiacés constituent l'essentiel de la clientèle ne répondent pas correctement à leurs besoins. Certains pays font état de mesures pour résoudre ces problèmes. Par exemple, en Italie, le «Progetto nazionale cocaina» lancé en 2007 prévoit des services spécialisés avec des horaires d'ouverture plus adaptés aux consommateurs de cocaïne socialement intégrés et à leur famille (par exemple après les horaires de travail). Une approche similaire est également mentionnée en Irlande, où des programmes spécifiques sont mis sur pied pour attirer les consommateurs de cocaïne en poudre.

Il est également important de pouvoir maintenir les consommateurs de cocaïne et de crack à problèmes en traitement, car la consommation intensive de cocaïne est souvent associée à des troubles comportementaux, sociaux et psychologiques (par exemple des comportements impulsifs et agressifs) et, dans certains groupes, à des modes de vie chaotiques et à de graves détériorations mentales et physiques. Ainsi, les professionnels font part de leurs difficultés pour que les patients participent régulièrement aux séances de thérapie et pour entretenir un dialogue thérapeutique constructif (Connolly e.a., 2008). La consommation de cocaïne peut également interrompre un traitement pour dépendance à d'autres drogues et mettre un terme à une période d'abstinence de consommation d'héroïne. En Allemagne, par exemple, la consommation concomitante de cocaïne a été identifiée comme un facteur décisif d'abandon des traitements de substitution aux opiacés.

Il s'avère également difficile d'attirer et de maintenir les consommateurs en traitement dans un contexte où aucune intervention psychosociale particulière ne présente de résultats concluants en termes d'efficacité et où il n'existe pas d'approches pharmacologiques probantes pour aider les consommateurs dépendants à rester sobres ou à réduire leur consommation pendant cette période.

Ces difficultés peuvent être surmontées grâce à l'élaboration de programmes de traitement spécifiques et de formations adaptées aux problèmes liés à la consommation de cocaïne et de crack. Seuls l'Irlande, l'Italie et le Royaume-Uni font état de formations spécifiques sur la cocaïne pour le personnel soignant. En outre, onze États membres, dont ceux enregistrant des taux élevés de consommation de cocaïne et de demande de traitement, indiquent que des programmes de traitement spécifiques, parallèlement aux services de traitement traditionnels, sont disponibles pour les consommateurs de cocaïne et de crack. Toutefois, alors que les experts nationaux en Italie, au Portugal, en Slovénie et au Royaume-Uni estiment que ce type de programmes est disponible pour une majorité de consommateurs de cocaïne ayant besoin d'un traitement, les experts du Danemark, d'Allemagne, d'Irlande, d'Autriche, des Pays-Bas, de France et d'Espagne estiment qu'ils ne sont disponibles que pour une minorité d'usagers.

Alors que quasiment toutes les recherches provenaient jusqu'à présent des États-Unis, plusieurs études sur le traitement de la dépendance à la cocaïne sont désormais menées en Europe. Au Royaume-Uni, un essai clinique étudie l'efficacité de la thérapie comportementale cognitive associée à la gestion des contingences (voir OEDT, 2008b) chez les consommateurs primaires de cocaïne. D'après une récente étude de Cochrane, cette combinaison est celle qui a obtenu les meilleurs résultats dans le traitement de la dépendance aux stimulants (Knapp e.a., 2007). Un autre essai clinique mené au Royaume-Uni examine l'efficacité du modafinil associé à une gestion des contingences basé sur un système de bons, chez les patients en traitement de substitution aux opiacés qui consomment du crack. Le modafinil a déjà démontré son potentiel thérapeutique à la suite de plusieurs essais en tant qu'agent de substitution pour traiter la dépendance aux stimulants.

Aux Pays-Bas, cinq essais cliniques sont actuellement menés afin d'étudier l'efficacité d'un certain nombre d'agents pharmaceutiques pour traiter la dépendance à la cocaïne, dont la dexamphétamine et le modafinil. Un autre essai clinique néerlandais a étudié l'application d'une approche de renforcement communautaire associée à la gestion des

contingences chez les patients en traitement de substitution aux opiacés dépendants à la cocaïne. Les résultats ont révélé une réduction significative de la consommation de cocaïne par rapport aux traitements habituels.

Enfin, une étude italo-espagnole multisite étudie l'efficacité du vaccin anticocaïne TA-CD. Il s'agit de l'essai le plus important mené sur ce vaccin à ce jour, avec plusieurs centaines de volontaires. Les premières études de sécurité sur le vaccin TA-CD aux États-Unis ont fait état d'une réduction des effets subjectifs de la cocaïne et de la consommation de la drogue, ainsi que d'un meilleur suivi du traitement.

Réduction des risques

Les mesures de réduction des risques s'adressant spécifiquement aux usagers de crack et de cocaïne à problèmes constituent un nouveau domaine de travail dans beaucoup d'États membres. L'une des raisons expliquant les interventions limitées dans ce domaine, notamment pour les consommateurs de crack, pourrait être le manque de connaissance de la drogue, du groupe cible et de ses besoins par les professionnels concernés.

Les États membres offrent généralement aux consommateurs de cocaïne par injection les mêmes services et infrastructures qu'aux consommateurs d'opiacés, et notamment des conseils pour une utilisation sûre, une formation aux injections en toute sécurité et des programmes d'échange de seringues. Toutefois, l'injection de cocaïne peut être associée à des risques accrus d'utilisation commune du matériel d'injection et d'injections fréquentes, qui peuvent conduire à un collapsus veineux et à l'injection dans des parties du corps où les risques sont supérieurs (par exemple les jambes, les mains, les pieds et l'aîne). De ce fait, les recommandations pour un usage plus sûr doivent être adaptées à ces risques spécifiques. Dans certains pays (par exemple la Belgique et la France), des pipes à crack propres sont également distribuées dans certaines agences à bas seuil.

Les mesures de réduction des risques ciblant les consommateurs de cocaïne dans les espaces festifs sont essentiellement axées sur la sensibilisation. Ces programmes proposent des conseils et des informations aux jeunes sur les risques liés à la consommation d'alcool et de drogue en général, y compris des documents sur les risques liés à la consommation de cocaïne.



Chapitre 6

Consommation d'opiacés et injection de drogue

Introduction

La consommation d'héroïne, notamment l'injection de drogue, est étroitement associée à la consommation de drogue problématique en Europe depuis les années 70. Aujourd'hui, cette drogue représente encore la part la plus importante de la morbidité et de la mortalité liées à la consommation de drogue dans l'Union européenne. Une baisse de la consommation d'héroïne et des problèmes associés a été observée au cours des dix dernières années, bien que des données récentes suggèrent une possible inversion de la tendance dans certains pays. En outre, des rapports sur la consommation d'opiacés de synthèse, tels que le fentanyl, et l'injection de drogues stimulantes, telles que la cocaïne et les amphétamines, reflètent les aspects multiples de la consommation de drogue problématique en Europe.

Offre et disponibilité de l'héroïne

Traditionnellement, deux formes d'héroïne importée sont proposées sur le marché européen des drogues illicites: l'héroïne brune (sa forme chimique de base), qui est la plus courante et qui provient essentiellement d'Afghanistan, et l'héroïne blanche (une forme de sel), qui vient généralement d'Asie du Sud-Est, mais qui est nettement plus rare ⁽¹⁰⁵⁾. Par ailleurs, quelques drogues opiacées sont produites en Europe, pour l'essentiel des produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple de la paille de pavot, du concentré de pavot à partir de tiges ou de têtes de pavot broyées) dans plusieurs États d'Europe orientale (par exemple la Lettonie et la Lituanie).

Production et trafic

L'héroïne consommée en Europe provient principalement d'Afghanistan, qui est la principale source de production mondiale d'opium illicite. Les autres pays producteurs sont le Myanmar, qui approvisionne principalement les marchés de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, du Pakistan et du Laos, suivi par le Mexique et la Colombie, qui sont considérés comme les principaux fournisseurs des

États-Unis (ONUDD, 2009). Après avoir connu une recrudescence en 2007, la production mondiale d'opium a baissé, principalement en raison d'une diminution de la production afghane qui est passée de 8 890 tonnes à quelque 8 000 tonnes en 2008. Selon l'estimation la plus récente, la production potentielle mondiale d'héroïne s'élève à 735 tonnes pour 2007 (ONUDD, 2009). Le nombre croissant de laboratoires démantelés en Afghanistan ces dernières années suggère que l'opium est de plus en plus souvent transformé en morphine ou en héroïne dans le pays même. Toutefois, d'importantes saisies d'opium et de morphine dans les pays voisins (Pakistan, Iran) indiquent qu'une part significative des

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

Production et saisies	Héroïne
Estimation de la production potentielle mondiale (tonnes) ⁽¹⁾	735
Quantité mondiale saisie	
Héroïne (tonnes)	65
Morphine (tonnes)	27
Quantité saisie (tonnes)	
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	8,8 (22)
Nombre de saisies	
UE et Norvège (y compris la Croatie et la Turquie)	56 000 (58 000)
Prix et pureté en Europe	Héroïne brune
Prix de vente au détail (EUR par gramme)	
Intervalle (intervalle interquartile) ⁽²⁾	14-119 (35-77)
Pureté moyenne (%)	
Intervalle (intervalle interquartile) ⁽²⁾	9-50 (16-27)

⁽¹⁾ Le chiffre de l'ONUDD est basé sur son estimation de la production mondiale d'opiacés illicites (8 870 tonnes en 2008) (ONUDD, 2009).

⁽²⁾ Intervalle contenant 50 % des prix et de la pureté moyens les plus au centre de la distribution.

NB: Les données se rapportent à 2007, hormis l'estimation de la production mondiale potentielle.

Sources: Rapport mondial sur les drogues de l'ONUDD (2009) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

⁽¹⁰⁵⁾ Pour toute information sur les sources de données relatives à l'offre et à la disponibilité de drogue, voir p. 42.

opérations de transformation a également lieu hors de l'Afghanistan (CND, 2008; ONUDC, 2009).

L'héroïne pénètre en Europe par deux axes principaux: la traditionnelle route des Balkans et ses nombreux embranchements, qui transite par le Pakistan, l'Iran et la Turquie, où les plus grosses quantités sont saisies; la «route du Nord» qui traverse l'Asie centrale et la Fédération de Russie, l'héroïne étant expédiée par exemple directement en Pologne par train (OICS, 2009a) ou en Norvège via la Lituanie. Des itinéraires secondaires ont été signalés au départ de l'Asie du Sud-Ouest, telle une liaison aérienne au départ de l'Afghanistan et du Pakistan à destination des marchés illicites d'Europe via des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique orientale (OICS, 2009a; OMD, 2008). L'héroïne originaire d'Asie du Sud-Ouest passe aussi directement en Europe (Royaume-Uni) par voie aérienne au départ du Pakistan. Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique jouent un rôle de premier plan en tant que centres de distribution secondaires (Europol, 2008).

Saisies

En 2007, les saisies d'opiacés déclarées à l'échelle mondiale ont augmenté sensiblement, passant à 510 tonnes, l'Iran représentant à lui seul 84 % du montant total. Les saisies de morphine déclarées à l'échelle mondiale ont beaucoup diminué, passant à 27 tonnes, tandis que celles d'héroïne ont légèrement augmenté, passant à 65 tonnes. Les saisies les plus importantes ont été rapportées par l'Iran (25 % du total mondial), suivi par la Turquie et l'Afghanistan (ONUDC, 2009).

En Europe, les quelque 58 000 saisies d'héroïne effectuées en 2007 se sont soldées par l'interception d'un volume total de 22 tonnes. Si le Royaume-Uni reste le champion du nombre de saisies opérées, c'est une nouvelle fois la Turquie qui a déclaré les plus fortes quantités interceptées, avec 13,2 tonnes en 2007 ⁽¹⁰⁶⁾. Les données de vingt-cinq pays déclarants portant sur les années 2002 à 2007 indiquent qu'après une baisse durant la première année, le nombre des saisies augmente régulièrement depuis 2003. La tendance globale concernant la quantité d'héroïne interceptée en Turquie diffère de celle observée dans l'Union européenne. Tandis qu'en Turquie la quantité d'héroïne saisie a été multipliée par cinq entre 2002 et 2007, la quantité saisie dans l'Union européenne est à la baisse durant cette même période, hormis une augmentation de 2006 à 2007.

Les saisies totales d'anhydride acétique (utilisé dans la fabrication d'héroïne) ont augmenté en 2007, pour passer à 56 300 litres, dont près de la moitié ont été interceptés en Russie (25 000 litres), suivie par la Turquie (13 300 litres) et la Slovénie (6 500 litres) (OICS, 2009b). L'OICS estime que «près de 80 %» de l'anhydride acétique utilisé dans les laboratoires d'héroïne afghans passe en contrebande par l'Europe de l'Est et du Sud-Est, et encourage la Commission et les États membres de l'UE à prévenir les détournements d'anhydride acétique du marché intérieur (OICS, 2009a).

Pureté et prix

En 2007, la pureté moyenne de l'héroïne brune était comprise entre 15 et 30 % dans la plupart des pays déclarants; bien qu'aient été signalées des valeurs inférieures à 15 % en France (12 %) et en Autriche (9 %) et des valeurs supérieures au Royaume-Uni (50 %) et en

Prix de l'héroïne à différents niveaux du marché

Le suivi du prix des drogues est un outil important pour la compréhension des marchés de la drogue. L'OEDT collecte les données sur les prix de vente au détail, habituellement exprimés en euros par gramme, dose ou pilule. Sur la base de ces informations, il est possible d'évaluer le prix type payé par un utilisateur pour obtenir une drogue donnée dans un pays européen. L'évolution du prix dans le temps peut révéler d'éventuels changements dans l'offre ou la demande des drogues. Les informations sur les prix de gros, c'est-à-dire le prix payé par les revendeurs de drogue aux grands distributeurs sur le marché où la drogue est consommée, sont un autre indicateur utile qui permet d'avoir un aperçu des profits du marché.

Des données comparables sur les prix de gros et de détail pour 2007 ne sont disponibles que pour quelques rares pays (République tchèque, Allemagne, Espagne, Roumanie, Royaume-Uni). Dans ces pays, le prix de gros rapporté du gramme d'héroïne est compris entre 12,5 et 35,8 euros, et le prix de vente au détail moyen, lorsqu'il est disponible, varie entre 36 et 62,7 euros. À la fois au niveau de la vente au détail et de la vente au gros, les prix les plus bas du marché sont rapportés pour la Roumanie et les plus élevés pour l'Espagne. Le rapport entre les prix de détail et de gros varie aussi considérablement, de 1,6/1 en République tchèque à 2,8/1 au Royaume-Uni. S'agissant de la pureté des substances, les variations possibles entre les pays, les niveaux du marché ou dans le temps exigent d'être prudentes lorsque l'on établit des comparaisons. Néanmoins, l'analyse dans ce domaine peut apporter des informations utiles, notamment en ce qui concerne les tendances dans la durée, car elle peut mettre en évidence des changements majeurs intervenant sur le marché.

⁽¹⁰⁶⁾ Voir tableaux SZR-7 et SZR-8 du bulletin statistique 2009. Remarque: pour les besoins des estimations, les données relatives aux saisies européennes manquantes pour 2007 ont été remplacées par celles de 2006. Ce tableau est provisoire, les données du Royaume-Uni n'étant pas encore disponibles pour 2007.

Norvège (35 %). La pureté moyenne de l'héroïne blanche était généralement plus élevée (30 à 50 %) dans les rares pays européens ayant communiqué des données à ce sujet ⁽¹⁰⁷⁾.

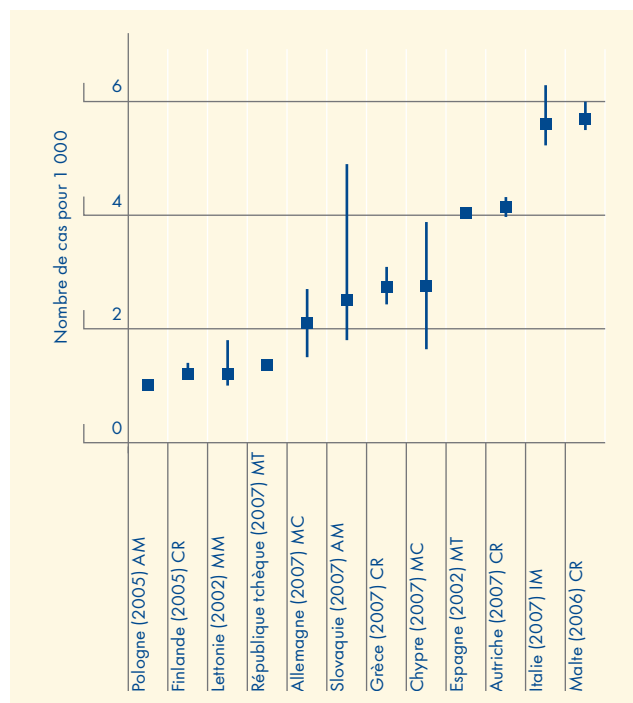
Le prix de vente au détail du gramme d'héroïne brune a continué de se situer à un niveau plus élevé dans les pays nordiques que dans le reste de l'Europe, la Suède faisant état d'un prix moyen de 119 euros le gramme, et le Danemark de 96 euros le gramme. Dans dix autres pays, le prix de vente au détail du gramme d'héroïne était compris entre 30 et 80 euros, tandis qu'en Turquie le prix moyen du gramme était de 15 euros. Entre 2002 et 2007, le prix au détail de l'héroïne brune a chuté dans sept des douze pays européens ayant rapporté une évolution dans le temps et a augmenté dans cinq pays. Le prix de l'héroïne blanche n'est communiqué que par quelques rares pays européens et varie entre 31 et 151 euros le gramme.

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

Les données fournies dans cette section proviennent de l'indicateur sur l'usage problématique de drogue (UPD) de l'OECD, qui couvre essentiellement l'usage de drogue par injection et l'usage d'opiacés, bien que, dans certains pays, les consommateurs d'amphétamines ou de cocaïne constituent également un élément important. Il convient de noter que de nombreux pays indiquent que la plupart des consommateurs d'opiacés à problèmes pourraient être décrits comme des polyconsommateurs qui consomment également des opiacés. Du fait de la prévalence relativement faible et de la nature peu visible de ce type de toxicomanie, des extrapolations statistiques sont nécessaires pour obtenir des estimations de prévalence au départ des sources de données disponibles.

Les estimations relatives à la prévalence d'une consommation problématique d'opiacés dans les pays européens au cours de la période 2002-2007 varient, grosso modo, entre 1 et 6 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans; la prévalence générale de la consommation problématique de drogue est estimée entre un peu moins de 3 cas et 10 cas pour 1 000. Les estimations bien rapportées les plus faibles sur l'usage problématique d'opiacés sont fournies par la République tchèque, la Lettonie, la Pologne et la Finlande (bien que la République tchèque et la Finlande comptent de nombreux consommateurs d'amphétamines à problèmes). Les estimations les plus élevées sont fournies par Malte, l'Italie, l'Autriche et l'Espagne (voir graphique 10).

Graphique 10 — Estimations de la prévalence annuelle d'usage problématique d'opiacés (nombre de cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: Le symbole indique une estimation de pourcentage; 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. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âge non standards ont été utilisées dans les études émanant de la Finlande (15-54 ans), de Malte (12-64 ans) et de la Pologne (tous les âges). Ces trois estimations ont été ajustées à la population âgée de 15 à 64 ans, en supposant que la consommation de drogue dans les autres tranches d'âge serait négligeable. Pour l'Allemagne et Chypre, l'intervalle représente la limite supérieure et la limite inférieure de toutes les estimations existantes, et l'estimation de pourcentage est une simple moyenne des points médians. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; IM = indicateur multivariées; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; AM = autres méthodes. Voir le graphique PDU-1 (partie ii) du bulletin statistique 2009 pour davantage de détails.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés dans les pays fournissant les données est comprise, estime-t-on, entre 3,6 et 4,6 cas pour 1 000 dans la population des personnes âgées de 15 à 64 ans. Si l'on suppose que ces chiffres reflètent la situation de l'UE dans son ensemble, cela nous donne environ 1,4 million (de 1,2 à 1,5 million) de consommateurs d'opiacés à problèmes dans l'UE et en Norvège en 2007 ⁽¹⁰⁸⁾. Les consommateurs d'opiacés à problèmes qui sont incarcérés, notamment ceux avec des peines de prison de longue durée, risquent d'être sous-représentés dans cette estimation.

⁽¹⁰⁷⁾ Voir les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2009 pour plus d'informations sur les prix et la pureté.

⁽¹⁰⁸⁾ Cette estimation a été ramenée de 1,5 million à 1,4 million sur la base de nouvelles données. En raison de l'intervalle de confiance important et du fait que l'estimation est basée sur les données de différentes années, il n'est pas possible de conclure que la nouvelle estimation indique une baisse de la prévalence de la consommation problématique d'opiacés en Europe.

Incidence de la consommation problématique d'opiacés

Il est nécessaire de suivre l'incidence de la consommation problématique de drogue — le nombre d'individus qui commencent à consommer une substance au cours d'une année donnée et qui deviennent des usagers à problèmes — afin de cerner les tendances du phénomène de la drogue en Europe et de concevoir des politiques et des interventions adaptées.

L'OEDT encourage les études sur l'estimation de l'incidence de la consommation problématique de drogue et a récemment publié des lignes directrices sur ce sujet (Scalia Tomba e.a., 2008). Il a également lancé, en collaboration avec l'université de Zurich, une étude visant à tester une nouvelle méthode «d'un jour» utilisant la répartition de la «période de latence» (temps écoulé jusqu'au premier traitement) dans un échantillon transversal d'héroïnomanes traités. La méthode utilise une fonction qui décrit la probabilité d'être en traitement de substitution (fonction générale d'inclusion) lorsqu'aucune réglementation ne restreint l'accès au traitement, en tenant compte de la période de latence, de la mortalité et des taux d'arrêt de la consommation de drogue. Des estimations peuvent être élaborées à partir des données concernant les traitements pour un seul jour, tandis que les méthodes établies impliquent des séries temporelles couvrant au moins huit à dix années.

L'étude a été effectuée dans six États membres de l'UE (Espagne, Italie, Malte, Pays-Bas, Slovaquie et Royaume-Uni) et suggère que la méthode basée sur la fonction générale d'inclusion permet une estimation de l'incidence de la consommation problématique d'héroïne, même si les ensembles de données sur les traitements de substitution sont incomplets. Dans au moins cinq régions, les estimations d'incidence ont permis d'établir des estimations de la prévalence qui concordaient bien avec les autres estimations existantes (élaborées par exemple suivant la méthode de «capture-recapture»).

La méthode basée sur la fonction générale d'inclusion semble solide et pourrait, en plus des estimations sur l'incidence, fournir également des estimations d'un bon rapport coût/efficacité sur la prévalence de l'usage problématique d'opiacés ainsi que sur la couverture des traitements de substitution et leur évolution dans le temps. À l'avenir, des études pourraient être réalisées dans d'autres pays de l'UE, ainsi que des analyses des différences spatiales ainsi que par genre et mode d'administration.

Consommateurs d'opiacés sous traitement

Les opiacés, et surtout l'héroïne, restent la principale drogue pour laquelle les patients demandent un traitement en Europe. Toutefois, des différences considérables existent dans toute l'Europe concernant la

proportion de toxicomanes admis en traitement pour des problèmes liés à ces drogues, les consommateurs d'opiacés représentant plus de 90 % des personnes qui entament un traitement en Bulgarie et en Slovaquie, entre 50 et 90 % dans quinze pays, et entre 10 et 49 % dans neuf autres ⁽¹⁰⁹⁾. Globalement, sur environ 325 000 traitements entamés pour lesquels la drogue primaire est connue, l'héroïne est citée comme drogue primaire dans 49 % des cas; si les autres opiacés sont inclus, ce chiffre s'élève à 55 % des patients ⁽¹¹⁰⁾. Dans certains pays, la proportion et le nombre de traitements entamés en rapport avec des opiacés autres que l'héroïne ont augmenté ces dernières années ⁽¹¹¹⁾.

De nombreux consommateurs d'opiacés sont inscrits dans des programmes de soins au long cours. Cette situation est illustrée par la forte proportion de consommateurs primaires d'opiacés parmi les toxicomanes déjà en traitement. Une récente étude portant sur des patients sous traitement pour prise de drogue dans quatorze pays a révélé que les consommateurs primaires d'opiacés représentaient 61 % des patients toxicomanes, mais seulement 38 % des personnes entamant un traitement pour la première fois ⁽¹¹²⁾. Le pourcentage de consommateurs primaires d'opiacés parmi les patients en traitement depuis plus d'un an dépassait 50 % dans tous les pays participant à l'étude.

Les patients entamant un traitement pour consommation primaire d'opiacés font souvent état de la consommation d'autres drogues. En 2006, une analyse des données provenant de quatorze pays a révélé que 59 % des héroïnomanes consomment une drogue secondaire, principalement de la cocaïne (28 %), du cannabis (14 %) et de l'alcool (7 %) ⁽¹¹³⁾.

Tendances de l'usage problématique d'opiacés

En raison du nombre limité d'estimations répétées de l'incidence et de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés, et de l'incertitude statistique qui entoure les estimations individuelles, il est difficile de suivre les tendances dans le temps. Les données de neuf pays qui ont réalisé plusieurs estimations de prévalence au cours de la période 2002-2007 suggèrent une situation relativement stable. Une augmentation apparente observée en Autriche jusqu'en 2005 n'a pas été confirmée par les récentes données. Ailleurs, les informations semblent indiquer de récents changements. À Chypre, une estimation effectuée en 2007 indique une augmentation

⁽¹⁰⁹⁾ Voir tableau IDT-5 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Voir tableau TDI-113 du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹¹⁾ Voir «Usage abusif des opiacés prescrits», p. 83.

⁽¹¹²⁾ Voir tableau TDI-38 du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹³⁾ Voir la question particulière sur la polytoxicomanie 2009.

significative de la consommation problématique d'opiacés, qui est liée à une augmentation des ressortissants étrangers sous traitement ⁽¹¹⁴⁾. Les informations du système français TREND, qui repose sur des données à la fois qualitatives et quantitatives, font état d'une diffusion de l'héroïne auprès de nouveaux groupes d'utilisateurs qui, de manière inquiétante, incluent des individus socialement intégrés et des personnes qui vont à des soirées «techno».

Lorsque des estimations mises à jour et adéquates sur l'incidence et la prévalence de l'usage problématique d'opiacés ne sont pas disponibles, il est peut-être encore possible d'analyser les tendances dans le temps en utilisant d'autres indicateurs, essentiellement indirects, tels que les données de demandes de traitement. Sur la base d'un échantillon de dix-neuf pays, le nombre global de consommateurs d'héroïne en tant que drogue principale, débutant un traitement, a augmenté entre 2002 et 2007. L'examen d'une période plus récente montre une augmentation des patients débutant un traitement pour prise d'héroïne en tant que drogue principale à la fois en nombre absolu et proportionnellement à l'ensemble des toxicomanes sous traitement, dans huit pays, entre 2006 et 2007. Ces augmentations font souvent suite à des baisses sensibles intervenues au cours des années précédentes. En outre, depuis déjà 2004, dix pays font état d'augmentations du nombre et de la proportion de nouveaux patients admis en traitement pour consommation primaire d'héroïne ⁽¹¹⁵⁾.

D'autres indicateurs étayaient cette analyse. Les données sur les décès dus à la drogue en 2007, et principalement associés à la consommation d'opiacés, ne montrent aucun indice d'un éventuel retour de la tendance à la baisse observée jusqu'en 2003 (voir chapitre 7). Plus de la moitié des pays déclarants ont enregistré un nombre croissant de décès dus à la drogue entre 2006 et 2007 ⁽¹¹⁶⁾. De même, la diminution du nombre de saisies d'héroïne observée dans l'Union européenne jusqu'en 2003 a désormais laissé la place à une constante augmentation. Enfin, dans les données les plus récentes sur les infractions liées à la drogue, on peut également relever une augmentation du nombre de cas liés à l'héroïne.

Les données disponibles suggèrent que la tendance à la baisse des indicateurs relatifs aux opiacés observée jusqu'en 2003 s'est stabilisée. Cette évolution est peut-être plus clairement visible depuis 2003 à travers les saisies et les décès dus à la drogue, et après 2004 à travers les nouvelles demandes de traitement liées à la consommation d'héroïne. Ces changements se sont produits parallèlement

à l'augmentation de la production d'opium en Afghanistan, de sorte que l'on peut se demander avec inquiétude si ces événements pourraient être liés dans un contexte de disponibilité croissante de l'héroïne sur le marché européen.

Consommation de drogue par voie intraveineuse

Prévalence de la consommation de drogue par injection

Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés à des problèmes de santé causés par leur consommation de drogue, tels que les infections hématogènes (par exemple le VIH/sida, l'hépatite), ou à des décès liés à la drogue. Seuls douze pays ont pu fournir des estimations récentes des niveaux de consommation de drogue par injection ⁽¹¹⁷⁾, en dépit de leur importance pour la santé publique. L'amélioration du degré d'information disponible sur cette population spéciale demeure donc un important

Question particulière de l'OEDT relative à la consommation de drogue par injection

La consommation de drogue par injection est l'un des principaux facteurs à l'origine des problèmes graves de santé (VIH/sida, hépatite C, et surdoses, etc.) chez les toxicomanes. Dans toute l'Europe, la prévalence et les tendances de la consommation de drogue par injection varient selon les États membres et peuvent évoluer dans le temps. Des modes d'administration alternatifs (par exemple fumer) peuvent coexister avec l'injection de drogue, et les usagers peuvent changer de mode d'administration.

La question particulière est centrée sur la situation et les tendances de la toxicomanie par voie intraveineuse et sur des interventions spécifiques ciblant les usagers par injection en Europe. La publication évoque également les mécanismes possibles à l'origine de la baisse de la toxicomanie par voie intraveineuse observée dans certains pays ou certaines régions et les raisons pour lesquelles les niveaux peuvent s'avérer encore élevés (ou à la hausse) dans d'autres régions. Elle mentionne également les interventions et les politiques visant à réduire l'injection et celles susceptibles d'encourager les usagers à adopter des modes d'administration moins nocifs.

La question particulière sera disponible en version imprimée et sur l'internet, en anglais uniquement (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>), à partir de décembre 2009.

⁽¹¹⁴⁾ Voir les tableaux PDU-6 (partie ii) et PDU-102 du bulletin statistique 2009 pour des informations complètes, y compris les intervalles de confiance.

⁽¹¹⁵⁾ Voir tableau TDI-3 du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Voir tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Voir graphique PDU-2 du bulletin statistique 2009.

défi pour le développement de systèmes de surveillance sanitaires en Europe.

Les estimations disponibles suggèrent qu'il existe de forts écarts entre les pays dans la prévalence de la consommation de drogue par injection.

Les estimations oscillent entre moins de 1 cas et 5 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans pour la plupart des pays, avec un taux exceptionnellement élevé de 15 cas pour 1 000 en Estonie.

Le manque de données rend difficile toute conclusion sur l'évolution dans le temps de la prévalence de l'usage par injection, bien que les données disponibles suggèrent une situation stable en République tchèque, en Grèce, au Royaume-Uni et en Norvège ⁽¹¹⁸⁾. Une augmentation a été également observée à Chypre.

Les données tirées des enquêtes sur les maladies infectieuses peuvent également fournir des informations sur les disparités entre les pays et l'évolution dans le temps concernant l'injection de la drogue. Il convient d'être prudent dans les comparaisons entre pays en raison de la diversité des lieux de recrutement. Une proportion relativement importante (au-delà de 20 %) de nouveaux usagers par voie intraveineuse (s'injectant de la drogue depuis moins de deux ans) a été enregistrée dans trois pays, indiquant peut-être un nouveau recrutement important dans ce mode d'administration. Dans dix autres pays, cette proportion, a été inférieure à 10 % ⁽¹¹⁹⁾. Un autre indicateur de l'initiation plus récente à l'injection est la proportion relevée dans les échantillons, de jeunes usagers (moins de 25 ans) qui s'injectent la drogue. Ils représentaient plus de 40 % des usagers pratiquant l'injection interrogés en République tchèque, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Autriche, en Roumanie et en Slovaquie, alors qu'ils étaient moins de 20 % dans onze autres pays.

Injection chez les consommateurs d'opiacés

L'injection est souvent mentionnée comme étant le mode d'administration habituel des consommateurs d'opiacés débutant un traitement, représentant plus de la moitié des patients soignés pour dépendance aux opiacés dans la plupart des pays, entre 25 et 50 % dans sept pays et moins de 25 % dans cinq pays. Les plus faibles proportions d'usagers par injection chez les consommateurs d'opiacés débutant un traitement sont signalées au Danemark et aux Pays-Bas, et les plus fortes proportions sont relevées en Lituanie, en Lettonie et en Roumanie ⁽¹²⁰⁾. Les rapports sur les traitements suggèrent

également que, parmi les consommateurs d'opiacés, la popularité de l'injection peut varier considérablement entre les pays. Par exemple, dans les communautés

Usage abusif des opiacés prescrits

Les antalgiques opiacés sont les médicaments les plus puissants disponibles pour la gestion des douleurs graves et chroniques. Les opiacés sont également utilisés comme drogues de substitution dans la gestion de la dépendance à l'égard des opiacés. Utilisés à mauvais escient, ces médicaments disponibles sur prescription peuvent conduire à des effets indésirables tels que la dépendance, la surdose et les risques liés à l'injection. Des opiacés prescrits à des fins thérapeutiques peuvent entrer sur le marché des drogues illicites par le biais du détournement de drogues de substitution. Les pharmacies en ligne semblent également jouer un rôle essentiel dans la disponibilité des opiacés prescrits aux États-Unis (OICS, 2009a), mais leur rôle en Europe semble être relativement limité. En Europe, avec le développement des prescriptions de drogues de substitution aux toxicomanes dépendant des opiacés, on relève une augmentation concomitante des usages abusifs de ces drogues.

Les opiacés autres que l'héroïne sont mentionnés comme drogue primaire par environ 5 % (17 810) des patients commençant un traitement en Europe. Les substances signalées le plus fréquemment sont les suivantes: la buprénorphine qui, en Finlande, est mentionnée comme drogue principale pour 41 % de toutes les demandes de traitement et en France pour 7 %; la méthadone, qui représente 18,5 % de toutes les demandes de traitement au Danemark; et d'autres opiacés prescrits en Lettonie, en Autriche et en Suède, où ils représentent entre 5 et 15 % de toutes les demandes de traitement ⁽¹⁾. La République tchèque a fait également état d'un total de 4 250 consommateurs de buprénorphine à problèmes en 2007. Cela reflète principalement un changement dans les substances utilisées par les consommateurs d'héroïne à problèmes, mais non une augmentation de la prévalence globale de l'usage problématique d'opiacés. L'étude allemande «Phar-Mon», qui surveille un large éventail de médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage abusif, a également observé une augmentation des abus d'opiacés prescrits, plus souvent à des fins de traitement de substitution qu'à des fins de traitement antalgique (Roesner et Küfner, 2007).

L'usage abusif des opiacés prescrits soulève d'importantes questions concernant la prévention du détournement des drogues de substitution et des antalgiques opiacés vers le marché des drogues illicites. Dans le même temps, il convient de veiller à ne pas compromettre l'utilisation légitime de ces substances à des fins thérapeutiques (Cherny e.a., 2006).

⁽¹⁾ Voir tableau TDI-113 du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Voir tableau PDU-6 (partie iii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Voir graphique PDU-3 du bulletin statistique 2009.

⁽¹²⁰⁾ Voir tableaux PDU-104, TDI-5 et IDT-17 (partie v) du bulletin statistique 2009.

autonomes espagnoles, la proportion d'usagers par injection parmi les nouveaux patients se situe entre 0,9 et 47,2 %.

Parmi les consommateurs d'opiacés entamant un traitement pour la première fois, la proportion de personnes faisant état d'une consommation par injection (42 %) est plus faible que parmi l'ensemble des usagers d'opiacés admis en traitement (44 %). Tel est le cas dans la quasi-totalité des vingt-deux pays déclarants. Une analyse des données sur les usagers de drogue en traitement de quatorze pays a montré que la consommation par injection continue de se situer à un niveau élevé parmi l'ensemble des toxicomanes en traitement (62 %), malgré quelques exceptions notables, telles que les Pays-Bas avec une valeur de 6,1 % ⁽¹²¹⁾.

La proportion d'usagers par injection parmi les consommateurs d'héroïne entamant un traitement a continué de diminuer en 2007. Cette tendance est désormais manifeste dans certains pays où elle n'avait pas été observée jusqu'à présent (par exemple en République tchèque et en Allemagne). Entre 2002 et 2007, la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse chez les nouveaux patients soignés pour dépendance principale aux opiacés a diminué dans la plupart des pays, avec des baisses pertinentes sur le plan statistique relevées dans treize pays. Deux pays font toutefois état d'une augmentation au cours de cette période (la Bulgarie et la Slovaquie) ⁽¹²²⁾.

D'autres études confirment généralement une tendance à la baisse de l'injection parmi les consommateurs d'opiacés. En France, par exemple, une diminution de la prévalence de la consommation par injection est observée dans les données concernant les traitements depuis 2001, et les études indiquent que, pour l'initiation à la consommation d'héroïne, la substance a de plus en plus tendance à être «sniffée», et la consommation par voie intraveineuse apparaît désormais à un stade plus tardif de la carrière toxicomane que par le passé.

Traitement de l'usage problématique d'opiacés

L'âge moyen des toxicomanes commençant un traitement dans une structure ambulatoire pour consommation primaire d'opiacés est de 33 ans, et presque tous les pays font état d'une augmentation depuis 2003 ⁽¹²³⁾. Les consommatrices d'opiacés entamant un traitement pour la première fois et celles des États membres qui ont rejoint

Comorbidité: toxicomanie et troubles mentaux

La comorbidité est la cooccurrence non reconnue chez la même personne d'un trouble dû à la consommation de drogue et de troubles psychiatriques. Des études ont permis d'identifier à la fois une prévalence élevée de problèmes psychiatriques parmi les patients traités pour toxicomanie et une prévalence élevée de problèmes de drogues chez les patients des services psychiatriques (OEDT, 2005).

Parmi les troubles mentaux les plus couramment observés chez les toxicomanes en Europe figurent la dépression, l'anxiété, la schizophrénie, les troubles de la personnalité, le syndrome du déficit de l'attention et l'hyperactivité. Les traitements spécifiques pour les toxicomanes présentant une comorbidité restent limités. Les experts nationaux font état de programmes spécifiques existant dans dix-huit pays, mais, dans quatorze de ces pays, ils sont seulement accessibles à une minorité de patients qui en ont besoin. Dans sept autres pays, il n'y a aucun programme spécifique, mais cinq d'entre eux prévoient d'en élaborer au cours des trois prochaines années.

Une étude prospective européenne multicentre (Isadora), effectuée récemment, a impliqué des patients à double diagnostic provenant de services psychiatriques ⁽¹⁾. Les résultats de cette étude montrent les difficultés des analyses comparatives dans ce domaine et soulignent la nécessité d'une approche plus harmonisée pour le diagnostic, le traitement et l'étude de la comorbidité en Europe (Baldacchino e.a., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>.

L'UE depuis 2004 sont en moyenne plus jeunes que les hommes.

Les consommatrices de drogue sont identifiées comme étant un groupe particulièrement vulnérable. Dans l'ensemble, le rapport hommes/femmes est de 3,5/1, mais les femmes représentent une plus forte proportion de consommateurs d'opiacés dans les pays du Nord (par exemple en Suède et en Finlande) et une plus faible proportion dans les pays du Sud (par exemple en Grèce, en Italie, au Portugal) ⁽¹²⁴⁾.

Les consommateurs d'opiacés admis en traitement présentent un taux de chômage plus élevé et un niveau d'instruction inférieur à ceux des autres patients (voir chapitre 2). Une proportion plus importante de troubles psychiatriques est observée dans cette population; par exemple, une étude italienne a constaté que la plupart des patients en traitement (72 %) avec une morbidité

⁽¹²¹⁾ Voir tableaux IDT-17 (partie v) et IDT-38 du bulletin statistique 2009.

⁽¹²²⁾ Voir tableaux IDT-4 et TDI-5 des bulletins statistiques 2006 et 2009.

⁽¹²³⁾ Voir tableaux TDI-10, TDI-32 et TDI-103 du bulletin statistique 2009.

⁽¹²⁴⁾ Voir tableaux TDI-5 et TDI-21 du bulletin statistique 2009.

psychiatrique concomitante étaient des consommateurs primaires d'opiacés ⁽¹²⁵⁾.

Presque tous les consommateurs d'opiacés entamant un traitement indiquent en avoir pris pour la première fois avant l'âge de 30 ans, et environ la moitié avant l'âge de 20 ans. Un délai moyen de huit ans environ est observé entre la première prise d'opiacés et le premier contact avec un centre de traitement ⁽¹²⁶⁾.

Fourniture des soins et couverture

Les soins destinés aux consommateurs d'opiacés sont principalement dispensés dans des structures ambulatoires, notamment des centres spécialisés, des cabinets de médecine générale et des services à bas seuil (voir chapitre 2). Dans certains pays, les centres hospitaliers sont un élément important du système de traitement de la toxicomanie, notamment en Bulgarie, en Grèce, en Finlande et en Suède ⁽¹²⁷⁾. L'éventail d'options disponibles en Europe pour le traitement de la dépendance aux opiacés est large et de plus en plus différencié, mais leur accessibilité et leur couverture sont très variables sur le plan géographique. Un traitement de la dépendance aux opiacés basé sur le sevrage et sur la substitution est disponible dans tous les États membres de l'UE, ainsi qu'en Croatie et en Norvège. En Turquie, le recours à un traitement de substitution est à l'étude.

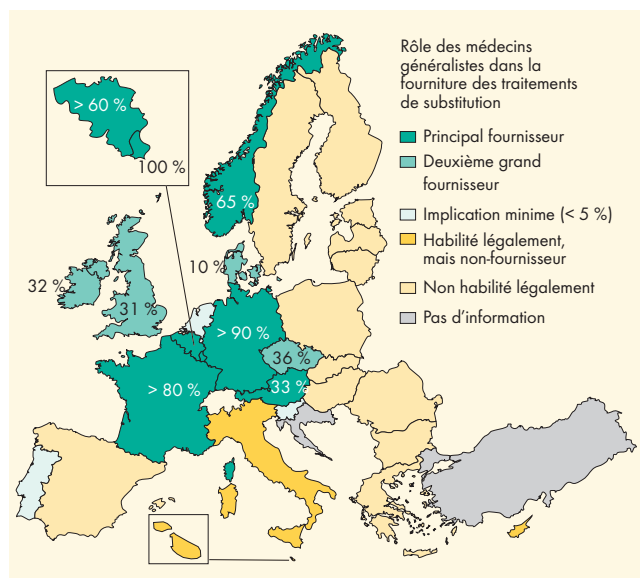
Le traitement de sevrage est une approche thérapeutique qui exige généralement des personnes qu'elles s'abstiennent de consommer toute substance, y compris des médicaments de substitution. Les patients participent à des activités quotidiennes et reçoivent un soutien psychologique intensif. Si ce type de traitement peut avoir lieu à la fois dans une structure ambulatoire et dans un centre hospitalier, les États membres font le plus souvent référence à des programmes d'hébergement qui appliquent des principes de communautés thérapeutiques ou le modèle Minnesota.

Les traitements de substitution, généralement assortis d'une aide psychosociale, sont habituellement dispensés dans des centres ambulatoires spécialisés. Treize pays signalent que le traitement de substitution est également dispensé par des médecins généralistes, généralement dans des structures d'entraide avec des centres thérapeutiques spécialisés (voir graphique 11). En République tchèque, en France, aux Pays-Bas, au Portugal, au Royaume-Uni et en Croatie, n'importe quel médecin généraliste peut donner un traitement de substitution, tandis qu'en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en Irlande, au Luxembourg, en

Autriche et en Norvège, seuls les médecins spécifiquement formés ou habilités sont autorisés à en délivrer. Dans un certain nombre de pays, grâce à l'amélioration de la couverture géographique, à la réduction des délais d'attente et à la facilitation de l'accès au traitement, l'implication des médecins généralistes a contribué à améliorer la disponibilité et la couverture des traitements de substitution (République tchèque, Allemagne, France, Autriche et Royaume-Uni).

Selon les estimations d'experts, la mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés est relativement importante dans seize pays, où de tels traitements sont disponibles pour au moins la moitié des usagers d'opiacés (voir chapitre 2). Dans ces pays, le traitement de sevrage est le traitement de choix pour 10 à 25 % des consommateurs d'opiacés. Dans dix autres pays (Estonie, Grèce, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Finlande et Norvège), le traitement de substitution est à la disposition d'une minorité de consommateurs d'opiacés, selon les estimations. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le traitement de sevrage est le traitement de choix, en particulier pour les jeunes consommateurs ou ceux demandant un traitement pour la première fois, ou bien à cause de la difficulté à accéder à un traitement de substitution. En Grèce par exemple, le temps d'attente pour un traitement de substitution aux opiacés est de plus de trois ans en moyenne.

Graphique/carte 11 — Traitements de substitution aux opiacés fournis par des médecins généralistes permanents



NB: Le pourcentage de patients suivant un traitement de substitution qui ont obtenu leur traitement auprès de médecins généralistes dans la communauté est indiqué sur la carte.

Source: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹²⁵⁾ Voir aussi «Comorbidité: toxicomanie et troubles mentaux».

⁽¹²⁶⁾ Voir tableaux TDI-11, TDI-33, TDI-107 et TDI-109 du bulletin statistique 2009.

⁽¹²⁷⁾ Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2009.

Il est considéré comme essentiel de dispenser des soins psychosociaux pour assurer l'efficacité du traitement de substitution. Selon les estimations des experts, ils sont fournis à presque tous les patients en traitement de substitution dans sept pays (Grèce, Italie, Lettonie, Portugal, Roumanie, Slovaquie et Royaume-Uni) et à la majorité d'entre eux dans quatorze autres pays. Dans quatre pays (Estonie, Luxembourg, Hongrie et Pays-Bas), ils ne sont fournis qu'à une minorité de patients en traitement de substitution.

Le nombre total de patients en traitement de substitution dans l'UE, en Croatie et en Norvège était estimé à 650 000 en 2007, ce qui représente une hausse par rapport aux 560 000 patients en 2005 et aux 500 000 patients en 2003. Les données disponibles suggèrent une augmentation dans tous les pays sauf en Espagne, où le nombre de personnes sous traitement de substitution diminue depuis 2002, et en France, au Luxembourg, en Hongrie et aux Pays-Bas, où les chiffres accusent de faibles baisses ou restent stables. Parmi les pays ayant développé des traitements de substitution, les taux d'accroissement les plus importants sont relevés en Estonie, où le nombre de patients traités est ainsi passé de 60 à plus de 1 000 en cinq ans, et en Bulgarie, où le nombre de places de traitement est passé de 380 à près de 3 000 entre 2003 et 2007. Le nombre de patients sous traitement de substitution a également plus que doublé sur cette période en République tchèque, en Lettonie, en Finlande et en Norvège, tandis que la Grèce, la Pologne, le Portugal, la Roumanie et la Suède font état d'augmentations de plus de 40 %.

Une simple comparaison des estimations du nombre de consommateurs d'opiacés à problèmes et du nombre de traitements administrés suggère que plus de 40 % pourraient recevoir un traitement de substitution. Toutefois, il subsiste un manque de précision dans les deux jeux de données, ce qui implique que cette estimation doit être considérée avec circonspection. Les comparaisons sont difficiles à établir pour la même raison; néanmoins, les données disponibles indiquent que la proportion de consommateurs d'opiacés à problèmes bénéficiant d'un traitement de substitution diffère considérablement d'un pays à l'autre, avec des taux estimés compris entre 5 % et plus de 50 % ⁽¹²⁸⁾.

La méthadone reste la principale drogue utilisée dans les traitements de substitution en Europe (70 %), mais le nombre de pays où elle est la seule substance prescrite a tendance à diminuer, la buprénorphine étant désormais disponible dans tous les États membres de l'UE, à l'exception de quatre (Bulgarie, Espagne, Hongrie et Pologne). En République tchèque, en France, en Lettonie et en Suède, la buprénorphine est prescrite à plus

de 50 % des patients suivant un traitement de substitution. Parmi les autres options figurent la morphine à libération lente (Bulgarie, Autriche et Slovaquie) et la codéine (Allemagne, Autriche et Chypre). Une nouvelle combinaison buprénorphine-naloxone a été approuvée pour le marché communautaire en 2006 et a été introduite depuis dans onze pays. Six pays européens dispensent également un traitement assisté à l'héroïne pour les consommateurs qui ne répondent pas suffisamment aux autres traitements.

Efficacité, qualité et normes des traitements

Des révisions d'essais cliniques aléatoires et des études d'observation concluent que le traitement d'entretien à la méthadone ou celui à la buprénorphine peuvent tous deux être efficaces dans la gestion de la dépendance aux opiacés. Dans l'ensemble, ce type de traitement a été associé à plusieurs résultats positifs dont les suivants: suivi du traitement, réduction de la consommation illicite d'opiacés et de l'injection, baisse de la mortalité et de la criminalité, stabilisation et amélioration de la santé et des conditions sociales des consommateurs chroniques d'héroïne. En outre, de récents essais cliniques aléatoires ont montré que le traitement assisté à l'héroïne s'avère efficace pour réduire la consommation de drogue illicite, en améliorant la santé physique ou mentale et en réduisant le comportement criminel parmi les patients considérés comme difficiles à traiter ou n'ayant pas obtenu de bons résultats avec d'autres modalités de traitement.

Les études portant sur les résultats des traitements (Schulte e.a., 2008) indiquent que les interventions psychosociales et psychothérapeutiques associées à une pharmacothérapie ont également fait leurs preuves. Ces approches visent à accroître la motivation à suivre le traitement, à prévenir les rechutes et à réduire les risques. En outre, elles peuvent également fournir des conseils et une aide pratique aux patients qui doivent gérer des problèmes d'hébergement, professionnels et familiaux en plus de soigner leur dépendance aux opiacés.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2009) a récemment élaboré un ensemble d'exigences minimales et de lignes directrices internationales pour le traitement pharmacologique assisté par une approche psychosociale des personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés. Ce document fait suite à une résolution du Conseil économique et social des Nations unies (Ecosoc) et se base sur des analyses systématiques de la littérature scientifique et les consultations d'un grand nombre d'experts renommés de différentes parties du monde. Des lignes directrices pour les traitements de substitution ont également été élaborées par la plupart des pays européens (voir chapitre 2).

⁽¹²⁸⁾ Voir graphique HSR-1 du bulletin statistique 2009.



Chapitre 7

Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

Maladies infectieuses liées à la drogue

Les maladies infectieuses, telles que la contamination au VIH et les hépatites B et C, figurent au rang des conséquences sanitaires les plus graves de la consommation de drogue. Même dans les pays où la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse est faible, d'autres maladies, dont les hépatites A, B et C, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos, le botulisme et le virus T-lymphotropique humain, peuvent affecter les toxicomanes hors de toute proportion. L'OEDT surveille de manière systématique la prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse (prévalence d'anticorps ou autres marqueurs spécifiques dans le cas de l'hépatite B) ⁽¹²⁹⁾.

VIH et sida

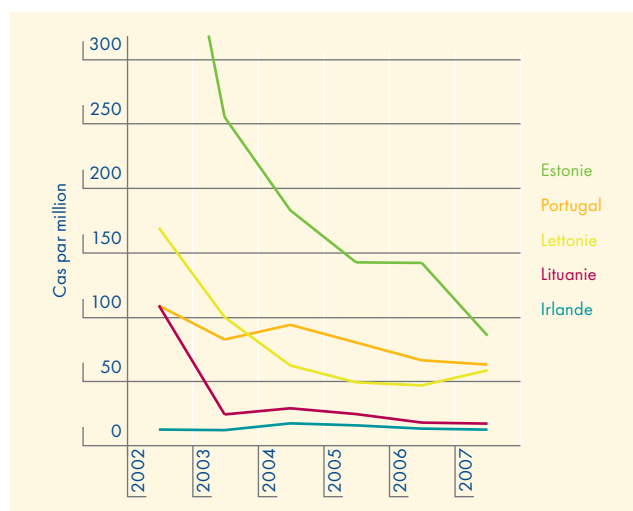
À la fin de l'année 2007, l'incidence de la contamination au VIH rapportée chez les consommateurs de drogue injectable restait apparemment faible dans la plupart des pays de l'Union européenne, et la situation globale de l'UE semblait relativement positive au regard du contexte mondial. Cela est peut-être dû, au moins en partie, à la meilleure disponibilité des mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques, dont les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues. D'autres facteurs, tels que le déclin de la consommation de drogue par injection constaté dans certains pays, peuvent également avoir contribué à ce phénomène. Néanmoins, les données relatives à certaines régions d'Europe suggèrent que les taux de transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables sont restés relativement élevés en 2007, ce qui souligne la nécessité d'assurer la couverture et l'efficacité des méthodes de prévention locales.

Tendances de la contamination au VIH

Les données relatives aux cas récemment rapportés en relation avec la consommation de drogues injectables

pour 2007 laissent apparaître que les taux d'infection continuent à chuter partout dans l'Union européenne, après le pic enregistré en 2001-2002 du fait d'épidémies en Estonie, en Lettonie et en Lituanie ⁽¹³⁰⁾. En 2007, le taux global de nouvelles infections rapportées chez les toxicomanes par voie d'injection dans les vingt-quatre États membres de l'UE pour lesquels des données étaient disponibles était de 4,7 cas pour un million d'habitants, soit une légère baisse par rapport aux 5,0 en 2006 ⁽¹³¹⁾. Parmi les trois pays faisant état des taux les plus élevés d'infections nouvellement rapportées, le Portugal et l'Estonie ont poursuivi leur tendance à la baisse, bien qu'au Portugal cette tendance semble se stabiliser. En revanche, une hausse a été observée en Lettonie, où l'on est passé de 47,1 cas par million d'habitants en 2006 à 58,7 cas en 2007 (voir graphique 12).

Graphique 12 — Tendances dans cinq États membres de l'Union européenne présentant des taux élevés d'infections par le VIH nouvellement rapportées chez les usagers par injection



NB: Pour l'Estonie, la valeur pour 2002 est hors échelles (516 cas par million). Pour de plus amples informations, voir le tableau INF-104 du bulletin statistique 2009.

Sources: ECDC et OMS Europe.

⁽¹²⁹⁾ Pour obtenir de plus amples informations sur les méthodes et définitions, voir le bulletin statistique 2009.

⁽¹³⁰⁾ Voir tableau INF-104 du bulletin statistique 2009.

⁽¹³¹⁾ Aucune donnée nationale n'est disponible pour l'Espagne, l'Italie et l'Autriche.

Dans l'ensemble, aucune augmentation marquée dans le niveau des nouvelles infections au VIH n'a été observée entre 2002 et 2007, et les taux signalés demeurent faibles. Toutefois, en Bulgarie et en Suède, le taux des nouvelles infections détectées s'est accéléré — passant de 0,3 nouveau cas par million d'habitant en 2002 à 5,6 cas en 2007 en Bulgarie, et en Suède, de 3,5 nouveaux cas par million d'habitants en 2002 à un pic de 6,7 cas en 2007, avant de revenir aux niveaux précédents en 2008 — ce qui suggère la poursuite éventuelle d'épidémies parmi les usagers de drogues par voie d'injection.

Les tendances dégagées du suivi de la prévalence du VIH chez des échantillons d'usagers par injection complètent utilement les données issues du recensement des cas de VIH. Des données de prévalence sont disponibles pour vingt-cinq pays pour la période 2002-2007 ⁽¹³²⁾. Dans onze d'entre eux, la prévalence du VIH est restée identique sur la période considérée. Dans six autres (Bulgarie, Allemagne, Espagne, Italie, Lettonie et Portugal), elle a affiché des baisses pertinentes sur le plan statistique, toutes fondées sur des échantillons nationaux. Des hausses régionales ont été toutefois constatées dans deux de ces pays: en Bulgarie, dans une ville — Sofia; et en Italie, dans 3 régions sur 21. Dans deux pays (Lituanie et Pologne), la prévalence du VIH a affiché des augmentations pertinentes sur le plan statistique, fondées dans les deux cas sur des échantillons nationaux.

La comparaison entre tendances en matière d'infections nouvellement constatées en relation avec la consommation de drogues injectables et tendances de la prévalence du VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse suggère que l'incidence du VIH liée à la consommation de drogue par injection recule au niveau national dans la plupart des pays.

Toutefois, le taux de croissance annuel des nouveaux cas diagnostiqués en relation avec la consommation de drogues injectables en Estonie, en Lettonie et au Portugal suggère que la transmission se poursuit dans ces pays à des niveaux relativement élevés, même si une tendance à la baisse est observée en Estonie et au Portugal. Pour l'Estonie, cette hypothèse est étayée par les données de prévalence de 2005, qui montraient qu'environ un tiers des nouveaux usagers par injection (toxicomanes s'injectant de la drogue depuis moins de deux ans) étaient séropositifs. La déclaration de taux de prévalence de plus de 5 % chez les jeunes usagers par injection (échantillons d'au moins 50 toxicomanes par voie d'injection de moins de 25 ans) tend également à démontrer que la transmission du VIH se poursuit dans plusieurs pays:

L'épidémie de VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse dans l'Union européenne et les pays voisins: tendances à la hausse à l'Est

L'épidémie de VIH parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse continue de se développer de manière différente en Europe. Dans les pays de l'Union européenne, les taux de nouveaux cas d'infections par le VIH récemment diagnostiqués parmi les usagers par injection demeurent principalement stables et faibles, ou à la baisse. Toutefois, dans un grand nombre d'anciennes républiques soviétiques, les taux ont augmenté en 2007 (Wiessing e.a., 2008b), suggérant que les mesures de prévention existantes sont peut-être insuffisantes et ont besoin d'être renforcées.

Dans les pays de l'Est où des baisses avaient été enregistrées depuis l'année record de 2001 (Russie, Belarus), de nouvelles hausses ont été constatées plus récemment. En 2007, les taux d'infections nouvellement diagnostiquées et rapportées chez les utilisateurs de drogues injectables varient de 0 au Turkménistan à 80 cas par million d'habitants au Kazakhstan et à 152 cas par million en Ukraine. Les dernières données relevées pour la Russie indiquent 78 cas par million d'habitants en 2006.

En termes absolus, l'Ukraine présente le plus grand nombre de cas d'infections par le VIH nouvellement rapportés chez les usagers par injection en 2007 (7 087 cas), suivie par l'Ouzbékistan (1 816 cas) et le Kazakhstan (1 246 cas), tandis qu'en 2006, la Russie a fait état de 11 161 cas. Plusieurs autres anciennes républiques soviétiques, présentant des nombres de cas et des taux globalement inférieurs, affichent une tendance à la hausse, ce qui suggère que l'épidémie pourrait avoir lieu parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse. Ces pays incluent l'Azerbaïdjan, le Belarus, la Géorgie, le Kirghizstan, la Moldavie et le Tadjikistan.

en Espagne (données nationales, 2006), en France (cinq villes, 2006), en Estonie (deux régions, 2005), en Lituanie (une ville, 2006) et en Pologne (une ville, 2005) ⁽¹³³⁾.

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

Bien qu'elles ne fournissent pas d'indications valables quant à la transmission du VIH, les informations relatives à l'incidence du sida sont importantes, car elles témoignent des nouvelles manifestations de la maladie sous sa forme symptomatique. Le fort taux d'incidence du sida rapporté dans certains pays européens peut indiquer que de nombreux usagers par injection infectés par le VIH ne reçoivent pas la thérapie antirétrovirale hautement active à un stade suffisamment précoce pour leur infection afin d'en tirer un bénéfice optimal.

⁽¹³²⁾ Voir tableau INF-108 du bulletin statistique 2009.

⁽¹³³⁾ Voir tableaux INF-109 et INF-110 du bulletin statistique 2009.

L'Estonie est le pays présentant la plus forte incidence de sida liée à la consommation de drogues injectables: on estime ainsi à 33,5 le nombre de nouveaux cas par million d'habitants en 2007, contre 17,1 en 2006. Des taux d'incidence du sida relativement élevés sont également signalés en Lettonie, en Espagne, au Portugal et en Lituanie: 13,2, 8,8, 8,6 et 6,2 nouveaux cas par million, respectivement. Parmi ces quatre pays, la tendance est au recul en Espagne, en Lettonie et au Portugal, mais non en Lituanie ⁽¹³⁴⁾.

Hépatites B et C

Si seuls quelques États membres de l'UE sont concernés par une forte prévalence de la contamination au VIH, l'hépatite virale — et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) — est beaucoup plus présente dans toutes les populations d'usagers par injection. Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux d'utilisateurs de drogues injectables en 2006-2007 oscillent entre 18 et 95 %, la moitié des pays faisant état de taux supérieurs à 40 %. Trois pays (Bulgarie, République tchèque et Slovénie) font état d'une prévalence de moins de 25 % au sein des échantillons nationaux d'utilisateurs de drogues injectables ⁽¹³⁵⁾; toutefois, un taux d'infection de ce niveau reste un problème de santé publique majeur.

À l'intérieur même des pays, les taux de prévalence du VHC peuvent varier considérablement, reflétant des différences régionales ainsi que les caractéristiques des populations examinées. Ainsi, au Royaume-Uni, des études locales font état de niveaux compris entre 29 et 60 %, alors qu'en Italie, les estimations régionales oscillent entre 36 et 92 %.

De récentes études (2006-2007) mettent en évidence des variations importantes dans les niveaux de prévalence observés parmi les usagers de drogues par injection de moins de 25 ans et ceux s'injectant la drogue depuis moins de deux ans, ce qui suggère des niveaux variés de l'incidence du VHC dans ces populations en Europe ⁽¹³⁶⁾. Toutefois, ces études montrent également que de nombreux usagers de drogue par voie intraveineuse contractent le virus peu de temps après avoir commencé à s'injecter la drogue et que, par conséquent, on dispose seulement d'un intervalle de temps réduit pour instaurer des mesures de prévention efficaces contre le VHC.

La prévalence des anticorps réagissant au virus de l'hépatite B (VHB) varie également dans une large mesure, peut-être en raison de différences en termes de niveaux de

vaccination, bien que d'autres facteurs soient susceptibles de jouer un rôle. L'ensemble de données disponibles le plus complet est celui qui concerne l'anticorps de l'antigène nucléocapsidique de l'hépatite B (anti-HBc), dont la présence indique un antécédent d'infection. En 2006-2007, trois des dix pays qui ont fourni des données sur les utilisateurs de drogues injectables ont fait état d'une prévalence d'anti-HBc de plus de 40 % ⁽¹³⁷⁾.

L'évolution dans le temps du nombre de cas déclarés d'hépatites B et C donne une image différente de la situation, mais son interprétation est difficile. Toutefois, quelques éclaircissements sur l'épidémiologie de ces infections peuvent être apportés par la proportion d'utilisateurs de drogues injectables dans tous les cas déclarés où les facteurs de risque sont connus

Prévalence de l'hépatite C comme indicateur possible du risque d'infection par le VIH lié à l'usage de drogue par voie d'injection

Un groupe de modélisateurs et d'épidémiologistes réunis à l'initiative de l'OEDT a étudié les possibilités d'utiliser les informations sur la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) chez les usagers par injection comme un indicateur du risque de transmission du VIH. À l'instar du VIH, l'hépatite C se transmet par le partage des seringues. Étant donné que le VHC a un pouvoir infectant plus important, sa prévalence pourrait indiquer de manière significative le niveau global de comportement à risque (partage d'aiguilles, partage du matériel et changement du partenaire d'injection) chez les populations d'utilisateurs de drogues injectables dans lesquelles l'infection par le VIH ne s'est pas encore propagée.

L'analyse des données couplées sur la prévalence du VHC et du VIH a montré qu'une prévalence du VHC jusqu'à environ 30 % (intervalle de confiance de 95 %: 21-38 %) chez les utilisateurs de drogues injectables est associée à une prévalence nulle ou très faible du VIH. À des niveaux supérieurs de prévalence du VHC, une relation linéaire a été observée entre la prévalence du VIH et celle du VHC, et les séries de données temporelles suggèrent que la prévalence du VIH observée augmente, à un taux d'environ la moitié du taux de prévalence du VHC.

Ces résultats suggèrent que la prévalence du VHC pourrait servir à élaborer des mesures de prévention ciblée et de réduction des risques à l'adresse des usagers par injection. En outre, elle pourrait également être utilisée pour évaluer le risque d'une poussée de l'infection au VIH dans les pays où la prévalence du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables est encore faible.

Source: Vickerman e.a. (soumis).

⁽¹³⁴⁾ Voir graphique INF-1 du bulletin statistique 2009.

⁽¹³⁵⁾ Voir tableaux INF-111 à INF-113 du bulletin statistique 2009.

⁽¹³⁶⁾ Voir graphique INF-6 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹³⁷⁾ Voir tableau INF-115 du bulletin statistique 2009.

(Wiessing e.a., 2008a). Dans le cas de l'hépatite B, la proportion d'utilisateurs de drogues injectables a diminué entre 2002 et 2007 dans quatre des dix-sept pays. S'agissant de l'hépatite C, la proportion d'utilisateurs de drogues injectables parmi les cas déclarés a reculé dans sept pays entre 2002 et 2007, mais augmenté dans quatre autres (République tchèque, Luxembourg, Malte et Royaume-Uni) ⁽¹³⁸⁾.

Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées

Dix-sept États membres de l'UE et la Turquie indiquent que la prévention des maladies infectieuses chez les toxicomanes fait partie de leur stratégie nationale de lutte contre la drogue, et six autres rapportent qu'elle fait l'objet d'une stratégie spécifique. Dix de ces vingt-trois pays font également état de l'existence de stratégies visant à prévenir les maladies infectieuses au niveau local ou régional.

Les États membres de l'UE ont recours à une ou plusieurs des approches suivantes en vue de faire face à la propagation des maladies infectieuses chez les toxicomanes: traitement de la dépendance; fourniture de matériel d'injection stérile; activités communautaires axées sur l'information, l'éducation, les interventions en matière de dépistage et le comportement, souvent par l'intermédiaire de services de proximité et d'agences à bas seuil. Les experts de vingt-sept pays ont fait état du niveau de priorité accordé aux interventions choisies en vue de la prévention des maladies infectieuses chez les toxicomanes ⁽¹³⁹⁾. L'accès à du matériel d'injection stérile à travers des programmes d'échange de seringues a été mentionné comme action prioritaire par vingt-trois pays, les conseils et tests de dépistage des maladies infectieuses par seize pays et la diffusion d'information, l'éducation et le matériel de communication par quatorze pays.

Il ressort d'une étude similaire effectuée en 2005 que l'accès aux seringues stériles est la priorité la plus fréquemment évoquée. Par ailleurs, un nombre croissant de pays mentionnent également au rang des priorités les conseils et tests de dépistage des maladies et les programmes d'immunisation ciblés contre l'hépatite.

Interventions

Des études ont montré qu'un traitement continu est lié à une réduction des injections de drogue et des comportements à risque associés, et contribue donc à la protection contre l'infection par le VIH. Dans la plupart

Traitement des usagers de drogues injectables présentant une hépatite C chronique

Jusqu'à 30 % des patients présentant une hépatite C chronique non traitée développeront une cirrhose hépatique d'ici trente ans, et les coûts encourus dans la gestion de la phase finale de cette maladie du foie sont considérables (Jager e.a., 2004). Afin de réduire la charge que représente l'hépatite C en Europe, il est essentiel de promouvoir et d'étendre l'accès au traitement pour le plus grand nombre possible de patients porteurs chroniques du virus parmi les usagers actifs par injection.

Les traitements actuels de l'hépatite C — six à douze mois de bithérapie associant l'interféron à action prolongée à la ribavirine — sont efficaces chez plus de 50 % des patients qui obtiennent une réponse virologique prolongée. Bien que le nombre d'études à long terme reste limité, les études existantes montrent un bon suivi du traitement et des résultats positifs dans le traitement antiviral des usagers de drogues injectables (par exemple Moussalli e.a., 2007). Des études ont également montré l'intérêt en termes de rapport coût/efficacité de traiter les hépatites C en milieu carcéral (Sutton e.a., 2008) et la sécurité et l'efficacité du traitement pour les toxicomanes présentant des troubles psychiatriques concomitants (Loftis e.a., 2006).

Toutefois, le nombre de toxicomanes ayant accès au traitement de l'hépatite C demeure faible pour différentes raisons et notamment les suivantes: capacités de traitement insuffisantes, manque d'information sur les options thérapeutiques, ou pas de statut prioritaire accordé aux usagers de drogue. Plusieurs pays de l'UE, y compris le Danemark, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont reconsidéré leurs politiques dans ce domaine ces dernières années afin d'étendre l'accès au dépistage et au traitement pour les porteurs chroniques du virus de l'hépatite C qui sont des usagers actifs de drogue injectable.

Le traitement de l'hépatite C dans le contexte de la toxicomanie est loin d'être simple, mais la situation peut s'améliorer grâce à une gestion clinique des patients soigneusement planifiée et organisée et à leur coopération basée sur leur consentement éclairé. Des équipes pluridisciplinaires, qui savent gérer la dépendance à la drogue, le traitement hépatique et les problèmes liés à la comorbidité mentale, permettent d'améliorer les résultats de la thérapie (Grebely e.a., 2007).

des pays européens, la réduction des risques et l'administration de traitements augmentent considérablement depuis le milieu des années 90 (Hedrich e.a., 2008b). Des traitements de substitution aux opiacés sont disponibles dans tous les États membres de l'UE, en Croatie et en Norvège, mais dans plusieurs pays la couverture en la matière demeure limitée (voir chapitres 2 et 6).

⁽¹³⁸⁾ Voir tableaux INF-105 et INF-106 du bulletin statistique 2009.

⁽¹³⁹⁾ Voir tableau HSR-6 du bulletin statistique 2009.

Selon les experts nationaux, quasiment tous les toxicomanes à problèmes ont bénéficié de conseils individuels au cours de l'an dernier dans dix-sept pays ⁽¹⁴⁰⁾. Dans douze pays, cela a également été le cas pour le dépistage de l'hépatite C, tandis que, selon les experts de onze pays, la plupart des toxicomanes à problèmes ont reçu des conseils pratiques et une formation à la sécurité en matière d'injection au cours de l'année écoulée. La vaccination contre l'hépatite B fait partie des programmes réguliers d'immunisation de vingt et un des vingt-huit pays déclarants, et, dans dix-sept pays, il existe également des programmes de vaccination spécifiques ciblant les toxicomanes de la communauté. Des activités d'éducation sanitaire pour les toxicomanes, impliquant des éducateurs sensibilisés à leur problème et qui parlent le même langage, sont également rapportées par dix-sept pays.

Des programmes d'échange de seringues existent dans tous les États membres de l'UE, en Croatie et en Norvège. Le programme à Chypre, toutefois, a été rarement utilisé en 2007. Dans quinze pays, la plupart des toxicomanes par voie d'injection ont, selon les estimations, reçu des seringues dans le cadre de tels programmes au moins une fois au cours des douze derniers mois. Dans onze pays, seule une minorité d'usagers par injection ont reçu des seringues durant la même période, bien que neuf d'entre eux citent l'accès à du matériel d'injection stérile comme une mesure prioritaire pour prévenir la propagation des maladies infectieuses.

Le nombre de seringues fournies par le biais des programmes d'échange de seringues a augmenté entre 2005 et 2007 dans dix-huit des vingt-six pays pour lesquels des données sont disponibles. Le nombre de seringues distribuées par usager varie considérablement, d'une cinquantaine de seringues par utilisateur en Croatie et en Lituanie à 200 en Finlande et à 300 en Roumanie en 2007 ⁽¹⁴¹⁾.

Le nombre total de seringues distribuées en 2007 a été en hausse de 33 % par rapport à l'année 2003 dans les quatorze pays pour lesquels des données fiables ou des estimations sont disponibles. Des augmentations en cours sur cette période ont été signalées par la Belgique, la Bulgarie, la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie, l'Autriche, la Slovaquie et la Finlande. Le nombre de seringues distribuées en Lettonie est resté identique, tandis que des baisses ont été rapportées en Espagne, en Lituanie, au Luxembourg, au Portugal et en Pologne.

Les données fournies par quinze pays montrent que plus de 125 000 personnes ont eu accès à des organismes avec des programmes d'échange de seringues en 2007 ⁽¹⁴²⁾. Aucune information sur l'accès des usagers n'est toutefois disponible pour quatre des principaux États membres de l'UE (Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni). Une étude nationale réalisée dans les 120 centres français CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) a montré qu'ils avaient été utilisés par 40 000 personnes, selon les estimations, en 2007 (Toufik e.a., 2008). Au Royaume-Uni, un nouveau système de surveillance d'échange de seringues a été mis en place en 2008.

Des infrastructures de services à bas seuil permettent également de proposer des services de soins sanitaires essentiels et des mesures visant à réduire les risques aux populations d'accès difficile. Une évaluation récente des centres spécialisés dans les services à bas seuil ciblant les utilisateurs de drogues injectables en Finlande a indiqué dans sa conclusion que la combinaison de tels services avait joué un rôle majeur dans la prévention des maladies infectieuses. Cette approche a également été considérée comme une initiative innovante d'un bon rapport coût/efficacité, compatible avec la politique restrictive du pays en matière de drogues (Arponen e.a., 2008).

Les programmes d'échange de seringues peuvent aussi jouer un rôle dans la promotion de la santé. La formation à la promotion de la santé, fondée sur des programmes ou des ouvrages formels, est proposée au personnel des programmes d'échange de seringues dans vingt pays et aux pharmaciens dans neuf pays. Enfin, onze États membres font également état de lignes directrices sur le travail dans des centres de services à bas seuil, couvrant des sujets tels que le dépistage des maladies infectieuses, l'échange de seringues, le travail de proximité et la formation par des pairs.

Mortalité et décès liés à la drogue

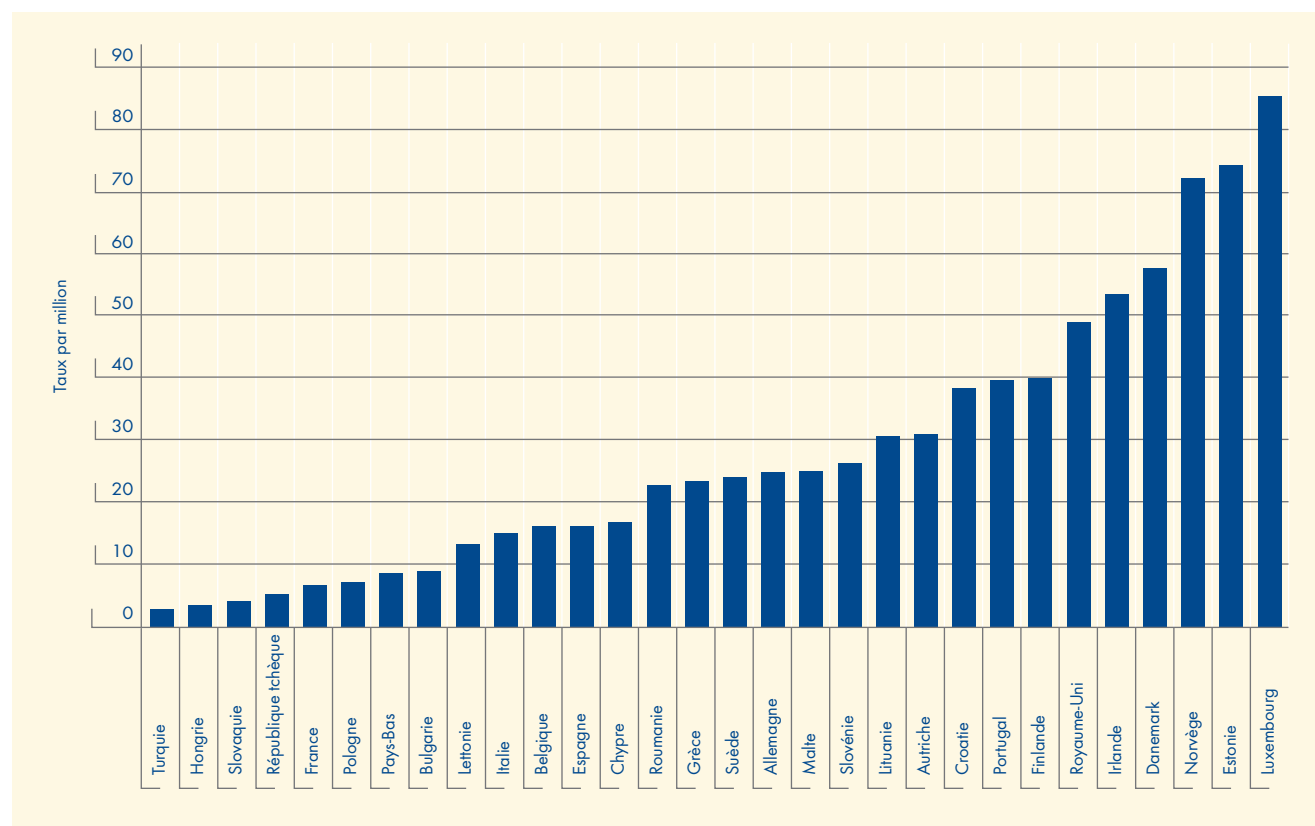
La consommation de drogue est l'une des principales causes de problèmes sanitaires et de décès chez les jeunes Européens. Cela peut être illustré par une étude internationale soutenue par l'OEDT, qui a révélé que, dans sept zones urbaines d'Europe, 10 à 23 % de la mortalité des 15-49 ans étaient imputables à la consommation d'opiacés (Bargagli e.a., 2005).

La mortalité liée à la drogue englobe des décès qui sont directement causés par l'action pharmacologique d'une ou

⁽¹⁴⁰⁾ Les experts de vingt-six pays de l'UE, plus la Turquie et la Norvège, ont évalué le niveau de couverture d'interventions choisies à l'adresse des toxicomanes.

⁽¹⁴¹⁾ Voir tableau HSR-5 (partie i et partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁴²⁾ Voir tableau HSR-5 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

Graphique 13 – Taux de mortalité chez tous les adultes (15 à 64 ans), décès dus à la drogue


NB: Pour la République tchèque, la sélection D de l'OEDT a été utilisée à la place de la définition nationale; pour le Royaume-Uni, la définition de la stratégie antidrogue a été utilisée; pour la Roumanie, les données se rapportent uniquement à Bucarest et à plusieurs comtés situés dans la zone de compétence du laboratoire de toxicologie de Bucarest; pour le Portugal, les données incluent tous les cas dans lesquels des drogues illicites ont été identifiées dans les analyses post-mortem et risquent de donner lieu à des surestimations par rapport à la sélection D. Les calculs des taux de mortalité dans la population sont basés sur les chiffres des populations nationales de l'année 2006 communiqués par Eurostat. Les comparaisons des pourcentages des populations devraient être faites avec prudence, car il existe des différences dans les définitions des cas et dans la qualité de la communication des informations. Pour obtenir davantage d'informations sur les données, voir le graphique DRD-7 (partie I) du bulletin statistique 2009.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2008), extraits des registres nationaux de mortalité ou des registres spéciaux (médecine légale ou police) et d'Eurostat.

de plusieurs substances (décès dus à la drogue) et des décès qui sont indirectement causés par la consommation de drogues, souvent avec d'autres facteurs concurrents (par exemple les accidents). Les causes de décès connues incluent la toxicité aiguë, les accidents de la circulation, notamment en cas de combinaison avec l'alcool (OEDT, 2007c), la violence, le suicide chez les personnes déjà vulnérables ou des problèmes chroniques dus à la consommation répétée (par exemple problèmes cardiovasculaires chez les consommateurs de cocaïne). Si la plupart des décès liés à la drogue se produisent parmi les toxicomanes à problèmes, certains interviennent au sein d'autres groupes d'utilisateurs, y compris ceux qui ne consomment des drogues qu'occasionnellement ⁽¹⁴³⁾.

Décès dus à la drogue

La définition que donne l'OEDT des décès dus à la drogue fait référence aux décès qui sont directement causés par

la consommation d'une ou de plusieurs drogues (surdoses), lorsqu'au moins une des substances incriminées est une drogue illicite. La prévalence et les modèles de consommation de drogues (injection, polytoxicomanie), l'âge et la comorbidité des usagers par injection et la disponibilité de traitements et de services d'urgence sont autant de facteurs qui peuvent influencer le nombre de décès.

Les améliorations apportées en termes de fiabilité des données européennes ont permis de mieux décrire les tendances européennes et nationales. Par ailleurs, la plupart des pays ont désormais adopté une définition des cas conforme à celle de l'OEDT ⁽¹⁴⁴⁾. Il faut néanmoins user de prudence en établissant des comparaisons, car des écarts subsistent entre les pays en termes de qualité d'évaluation des cas, de communication aux registres nationaux de mortalité et de communication à l'OEDT.

⁽¹⁴³⁾ Voir «La mortalité liée à la drogue: un concept complexe», dans le rapport annuel 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Pour obtenir des informations détaillées sur la méthodologie, voir le bulletin statistique 2009.

De 1990 à 2006, entre 6 400 et 8 500 décès dus à la drogue ont été déclarés chaque année par les États membres de l'UE, la Croatie, la Norvège et la Turquie, soit un total de plus de 135 000 décès pour cette période. En 2006, le Royaume-Uni et l'Allemagne représentaient la moitié des décès rapportés. La mortalité imputable à la drogue varie considérablement d'un pays à l'autre, entre 3 et plus de 85 décès par million des 15-64 ans, soit en moyenne 22 décès par million en Europe. Des taux supérieurs à 20 décès par million ont été relevés dans dix-sept des trente pays européens, et des taux supérieurs à 40 décès par million dans six pays (voir graphique 13). Les décès par surdose ont représenté 4 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les Européens âgés de 15 à 39 ans ⁽¹⁴⁵⁾.

Décès liés aux opiacés

Héroïne

Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne et ses métabolites, sont présents dans la majorité des décès dus à la drogue signalés dans l'Union européenne. Dans les vingt-deux pays ayant fourni des données, les opiacés représentaient entre 35 % et près de 100 % de tous les cas, onze de ces pays faisant état de proportions supérieures à 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. Les rapports toxicologiques font également état d'autres substances en plus de l'héroïne. Parmi les substances le plus souvent signalées figurent l'alcool, les benzodiazépines, d'autres opiacés et, dans certains pays, la cocaïne. Ces chiffres suggèrent qu'une part substantielle de tous les décès dus à la drogue peut s'inscrire dans le cadre d'une polytoxicomanie.

La majorité des victimes de surdose d'héroïne sont des hommes (82 %). Dans de nombreux pays, l'âge moyen des victimes de surdose est d'environ 35 ans, et il augmente, ce qui porte à croire que le nombre de jeunes héroïnomanes se stabilise, voire diminue. Dans l'ensemble, 14 % des décès par surdose rapportés en Europe surviennent chez les moins de 25 ans, bien qu'en Bulgarie, en Autriche et dans certains pays faisant état d'un petit nombre de décès dus à la drogue (Malte, Chypre, Slovaquie et Roumanie), plus d'un tiers des décès par surdose est survenu dans cette tranche d'âge, ce qui peut indiquer que la population d'héroïnomanes ou de consommateurs de drogues injectables est plus jeune dans ces pays ⁽¹⁴⁷⁾.

Les facteurs associés aux surdoses d'héroïne sont notamment l'injection et l'utilisation simultanée d'autres substances, en particulier l'alcool, les benzodiazépines et certains antidépresseurs, ainsi que la comorbidité, des expériences antérieures de surdose et la solitude (gouvernement écossais, 2008). La période suivant immédiatement la sortie de prison ou à l'issue d'un traitement de toxicomanie a été identifiée comme une période particulièrement à risque pour les surdoses.

Selon les estimations, il pourrait y avoir entre 20 et 25 surdoses non mortelles pour chaque surdose mortelle, mais leurs conséquences sont mal identifiées. L'OEDT effectue actuellement un recensement des facteurs de risque associés et des interventions possibles dans ce domaine.

Méthadone et buprénorphine

Des recherches montrent que les traitements de substitution aux opiacés réduisent le risque de surdose mortelle. Toutefois, plusieurs décès révélant la présence de substances utilisées dans des traitements de substitution (méthadone ou buprénorphine) sont signalés chaque année, généralement imputables à une utilisation abusive ou, dans quelques rares cas, à des problèmes survenus pendant le traitement.

Certains pays font état de la présence de méthadone dans une proportion substantielle de décès dus à la drogue. Toutefois, en l'absence de normes communes d'établissement de rapports, le rôle joué par cette substance est souvent peu clair, d'autres drogues pouvant être présentes. En outre, d'autres facteurs peuvent être impliqués, parmi lesquels: une perte de tolérance aux opiacés, un dosage excessif ou une utilisation inappropriée, notamment une utilisation irrégulière et à des fins non thérapeutiques. Les décès dus à une intoxication à la buprénorphine sont peu fréquents, en dépit du recours accru à cette substance dans les traitements de substitution en Europe (voir chapitre 6). En Finlande, toutefois, la buprénorphine est la substance la plus couramment identifiée dans la plupart des décès dus à la drogue, généralement en combinaison avec des sédatifs ou de l'alcool, ou associée à une administration par voie intraveineuse.

Fentanyl et autres opiacés de synthèse

Une épidémie d'intoxications au fentanyl en Estonie a causé la mort de 117 utilisateurs de drogues injectables

⁽¹⁴⁵⁾ Voir graphique DRD-7 (partie i) et tableaux DRD-5 (partie ii) et DRD-107 (partie i) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Comme la plupart des cas signalés à l'OEDT sont des surdoses d'opiacés (principalement d'héroïne), les caractéristiques générales des décès rapportés dus à la drogue sont utilisées pour la description des cas d'opiacés. Voir graphique DRD-1 du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Voir graphiques DRD-2 et DRD-3 et tableau DRD-1 (partie i) du bulletin statistique 2009.

en 2005/2006 (OEDT, 2008b). Aucune information sur les décès liés au fentanyl en Estonie en 2007 n'est disponible, bien que de récentes études confirment l'utilisation accrue de la drogue par les toxicomanes par voie intraveineuse. En 2007, deux tiers des usagers par injection recensés à Tallinn ont rapporté que le fentanyl constituait leur drogue primaire, et un usager par injection sur dix participant au programme d'échange de seringues a déclaré s'être injecté du fentanyl au cours du mois écoulé. Selon une autre étude effectuée à Tallinn, les usagers par injection mentionnant le fentanyl comme drogue primaire présentaient une prévalence du VIH plus élevée et plus de probabilités de comportements d'injection à risque et de surdose au cours de la vie que les consommateurs d'amphétamines par injection (Talu e.a., 2009). En Finlande, la présence d'opiacés tels que l'oxycodone, le tramadol ou le fentanyl a été signalée dans 21 décès, bien que le rôle joué par ces drogues n'ait pas été précisé.

Décès liés à d'autres drogues

Il est plus difficile de définir et d'identifier les décès dus à la cocaïne que ceux liés aux opiacés. Les décès directement causés par une surdose sont apparemment rares, et ceux-ci sont le plus souvent associés à de très fortes doses de cocaïne. Pour le reste, la plupart des décès dus à la cocaïne se révèlent être le résultat de la toxicité chronique de la drogue, associée à des complications cardiovasculaires et neurologiques. Le rôle de la cocaïne dans ces décès n'est pas toujours identifié, et, le cas échéant, ils ne sont pas recensés comme des décès liés à la cocaïne. La présence d'autres substances vient encore compliquer l'interprétation des données, rendant difficile la déduction de toute relation de cause à effet.

En 2007, environ 500 décès liés à la cocaïne ont été signalés dans douze États membres (contre 450 dans quatorze pays en 2006). Cela étant, il est probable que ce chiffre soit inférieur à la réalité.

Les décès lors desquels la présence d'ecstasy est détectée sont rarement recensés, et, dans de nombreux cas, la drogue n'est pas identifiée comme la cause directe de la mort. Si les décès dus aux amphétamines sont aussi rarement constatés en Europe, un nombre substantiel de surdoses mortelles en République tchèque (sans compter les médicaments) — 11 sur 40 — en 2007 est attribué au pervitin (méthamphétamine), contre 14 décès attribués aux opiacés. En Finlande, des amphétamines étaient présentes

dans 40 % des 229 décès déclarés en 2007, ce qui n'implique pas nécessairement que la drogue soit la cause directe de la mort ⁽¹⁴⁸⁾.

Tendances des décès dus à la drogue

Au cours des années 80 et au début des années 90, le nombre de décès dus à la drogue a considérablement augmenté en Europe, suivant l'évolution de la consommation d'héroïne et de l'usage de drogues injectables, après quoi il est resté élevé. Toutefois, les données émanant de pays possédant des informations à long terme invitent à plus de nuance: dans certains d'entre eux (par exemple Allemagne, Espagne, France et Italie), un pic de décès a été enregistré au milieu des années 90; dans d'autres (par exemple Grèce, Portugal et Finlande), le nombre de décès a atteint un sommet vers 2000; dans d'autres encore (par exemple Danemark, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni), une tendance à la hausse a été observée, sans crête manifeste ⁽¹⁴⁹⁾.

Entre 2000 et 2003, la plupart des États membres de l'UE rapportent une diminution, suivie d'une augmentation ultérieure des décès entre 2003 et 2006. Les données préliminaires disponibles pour 2007 suggèrent un chiffre au moins égal à celui de l'année précédente, avec des hausses relevées par quatorze des dix-huit pays.

Il est difficile d'expliquer les raisons pour lesquelles le nombre de décès enregistrés dus à la drogue demeure soutenu, en particulier au regard des indications de baisse de la toxicomanie par voie intraveineuse et de hausse du nombre de consommateurs d'opiacés en contact avec des services de traitement et de réduction des risques. Le nombre stable ou en hausse de décès dus à la drogue, malgré cette réduction éventuelle de la population à risque, est devenu un sujet majeur de préoccupation.

Plusieurs explications possibles pourraient être avancées, mais toutes exigent d'être explorées plus avant. Parmi celles-ci, on peut citer notamment: une population vieillissante et de consommateurs chroniques qui deviennent plus vulnérables; des niveaux plus élevés de polytoxicomanie ou de comportement à risque; l'échec des services existants à cibler ou à atteindre les plus vulnérables; ou même une augmentation du nombre de consommateurs récidivistes d'opiacés à la sortie de prison ou à l'issue d'un traitement, qui sont des périodes connues comme étant particulièrement à risque ⁽¹⁵⁰⁾.

⁽¹⁴⁸⁾ Pour les données sur les décès liés aux drogues autres que l'héroïne, voir tableau DRD-108 du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Voir graphiques DRD-8 et DRD-11 du bulletin statistique 2009. Pour des raisons historiques, cette tendance se réfère à l'Europe des Quinze et à la Norvège.

⁽¹⁵⁰⁾ Voir «Réduction des décès par surdose à la sortie de prison», p. 98.

Mortalité globale liée à la drogue

Outre les décès directement dus à la drogue, la mortalité globale liée à la drogue englobe les décès qui sont indirectement liés à la consommation de drogue.

Ces décès sont concentrés parmi les toxicomanes à problèmes, bien que certains puissent survenir chez des usagers occasionnels (par exemple accidents de la circulation et certains suicides). Bien que le nombre de décès indirectement liés à la consommation de drogue soit difficile à quantifier, son impact sur la santé publique peut se révéler considérable.

L'estimation de la mortalité globale peut se faire de différentes façons: l'une des méthodes consiste à combiner les informations des études de mortalité de cohorte avec les estimations de la prévalence d'usage de drogues ⁽¹⁵¹⁾. Une autre approche consiste à utiliser les statistiques générales existantes sur la mortalité et à estimer la proportion de décès liés à la consommation de drogues. D'autres sources d'informations spécialisées peuvent être utilisées, par exemple dans le cas de la mortalité liée au VIH/sida, les informations d'Eurostat et d'EuroHIV sont conjuguées.

Études de mortalité de cohorte

Les études de mortalité de cohorte suivent des groupes de consommateurs à problèmes dans la durée et, en établissant des liens avec les registres de mortalité, tentent d'identifier les causes des décès survenant dans le groupe. Ce type d'étude permet de déterminer les taux de mortalité globale et liée à la drogue pour la cohorte et d'estimer la mortalité en excès du groupe, en proportion de la population générale. Des études longitudinales de cohorte à grande échelle peuvent servir à vérifier des hypothèses concernant, par exemple, les raisons de l'évolution du nombre de décès dus à la drogue, à suivre le risque global et à identifier les changements intervenant dans les modèles de causes des décès.

En fonction des lieux de recrutement (par exemple études effectuées dans des centres de traitement de la dépendance) et des critères d'inclusion (par exemple utilisateurs de drogues injectables et héroïnomanes), la plupart des études de cohorte présentent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an parmi les toxicomanes à problèmes. Bien que l'importance relative des causes de décès varie d'un pays à l'autre et au fil des années, les surdoses constituent généralement la principale cause, puisqu'elles sont à l'origine de 50 à 60 % des décès chez les usagers par injection dans les pays enregistrant une faible prévalence du VIH/sida. Malheureusement, dans certains pays, seuls quelques rares décès par surdose sont

Estimation de la mortalité globale imputée à la consommation de drogue problématique: nouveaux développements

De récentes études de cohortes sur la mortalité dans l'Union européenne indiquent que les décès liés à la drogue (surdoses) représentent généralement entre un cinquième et la moitié de la mortalité globale parmi les consommateurs de drogue à problèmes. Cela suggère que la mortalité globale de cette population pourrait être environ deux à cinq fois supérieure au nombre de décès dus à la drogue. Ce multiplicateur varie d'un pays à l'autre en fonction de différents facteurs, incluant les comportements à risque, le nombre de surdoses mortelles et la prévalence d'autres causes de décès possibles.

L'OEDT encourage actuellement les études visant à évaluer la mortalité globale chez les toxicomanes à problèmes. En 2008, un projet en collaboration avec des chercheurs de la République tchèque a passé en revue la littérature, les sources de données et les méthodes possibles dans ce domaine ⁽¹⁾. Un groupe d'experts a recommandé deux méthodes pour les études à venir: une méthode de multiplicateur basée sur le nombre de surdoses mortelles enregistrées et une méthode d'extrapolation basée sur les taux de mortalité des cohortes de toxicomanes à problèmes et sur les estimations nationales de la population de toxicomanes à problèmes. Les deux méthodes ont été testées avec succès dans des études pilotes en République tchèque, et l'OEDT prévoit de mettre en place un groupe de pays intéressés qui pourraient exploiter ce travail dans un proche avenir.

⁽¹⁾ Voir <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>.

identifiés dans les registres généraux de mortalité; une proportion importante de décès enregistrés comme étant de cause inconnue ou insuffisamment précisée (par exemple arrêt cardiaque) pourrait donc être due à des surdoses. D'autres sources d'information (registres spéciaux des médecins légistes et de la police) peuvent être également consultées afin d'améliorer la validité de la description des causes de décès.

L'OEDT a élaboré un protocole pour inciter les États membres à réaliser des études de mortalité de cohorte, dans le but de fournir des informations comparables sur les risques de mortalité chez les toxicomanes par voie d'injection et de documenter les politiques de prévention et de soins. Les études européennes les plus récentes ont été menées en Allemagne, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Norvège. Un tiers des États membres de l'UE doit encore effectuer des études de mortalité de cohorte, bien que plusieurs pays fassent état d'études en cours ou planifiées pour 2009 (par exemple République tchèque, France, Lettonie et Pologne).

⁽¹⁵¹⁾ Voir «Estimation de la mortalité globale imputée à la consommation de drogue problématique: nouveaux développements».

Décès indirectement liés à la consommation de drogue

On peut estimer qu'en 2006, il y a eu plus de 2 100 décès dus au VIH/sida imputables à la consommation de drogue dans l'Union européenne ⁽¹⁵²⁾, dont 89 % survenus en Espagne, en France, en Italie et au Portugal. À la suite de l'introduction de la thérapie antirétrovirale hautement active en 1996, la mortalité liée au VIH/sida a baissé sensiblement dans la plupart des pays de l'UE, mais cette baisse a été bien moins marquée au Portugal. Les augmentations observées ces dernières années en Estonie s'inscrivent logiquement par rapport aux fortes estimations de prévalence du VIH chez les usagers par injection de ce pays (cinq à six sur dix) et à la proportion élevée d'entre eux qui pourraient ne pas avoir conscience d'être infectés. La Lettonie a également fait état de récentes augmentations. Actuellement, les taux estimés de mortalité liée au VIH/sida chez les toxicomanes sont faibles dans la plupart des pays, sauf en Espagne et au Portugal. En Italie, en France et en Lettonie, la mortalité liée au VIH/sida et celle par surdose se situent à des niveaux similaires ⁽¹⁵³⁾.

Les autres maladies à l'origine d'un certain nombre de décès chez les toxicomanes incluent des affections chroniques telles que des troubles hépatiques (causés par l'infection à l'hépatite C et la forte consommation d'alcool), le cancer et les problèmes cardiovasculaires. D'autres causes ont fait l'objet de bien moins d'attention, malgré des indications concernant leur impact considérable. Par exemple, les traumatismes (accidents, homicides et autres actes de violence) et les suicides pourraient représenter au moins 25 % de la mortalité des toxicomanes à problèmes. Une revue de la littérature (Darke et Ross, 2002) a révélé que le taux de suicide chez les héroïnomanes est 14 fois supérieur à celui observé au sein de la population générale. Dans de récentes études de cohorte, le suicide représentait 6 à 11 % des décès chez les usagers à problèmes. Toutefois, l'impact global de ces causes est difficile à évaluer en raison de la disponibilité limitée des données.

Réduction du nombre de décès liés à la drogue

Douze pays indiquent que leur stratégie nationale de lutte contre les drogues comprend un volet dédié à la réduction du nombre de décès liés à la drogue. Un pays, le Royaume-Uni, dispose d'un plan d'action spécifique visant

à réduire les risques liés aux drogues, qui établit des actions spécifiques pour la prévention des décès liés à la drogue. Treize pays n'ont ni de stratégie spécifique ni de volet de leur stratégie nationale antidrogue consacrée à la réduction des décès liés à la drogue, et deux pays n'ont rapporté aucune information à ce sujet.

Interventions

Une étude prospective à long terme réalisée au sein d'une cohorte de toxicomanes à problèmes admis en traitement en Italie a révélé que le risque de décès au sein de la cohorte était, en moyenne, supérieur d'un facteur de 10 à celui de la population générale (Davoli e.a., 2007). Néanmoins, chez les toxicomanes poursuivant leur traitement, ce facteur était réduit à quatre, confirmant que les traitements réduisent les risques de décès liés à la drogue. Toutefois, l'étude a également montré que le taux de mortalité le plus élevé chez les toxicomanes était observé dans les 30 jours après l'arrêt du traitement. Ce résultat souligne la nécessité de gérer attentivement la période posttraitement et d'éviter des épisodes de traitement très courts, susceptibles d'induire plus de risques que de bénéfices.

La fourniture de matériel de sensibilisation et de prévention est mentionnée par la plupart des pays pour lesquels l'information est disponible. Selon les experts de vingt-huit pays ⁽¹⁵⁴⁾, des matériels imprimés ou multimédias de prévention contre les surdoses destinés aux toxicomanes ont été fournis au cours de l'année écoulée à la plupart ou à quasiment tous les usagers à problèmes dans neuf pays, et à une minorité d'entre eux dans douze pays plus la communauté française en Belgique. De tels supports n'existent pas en Turquie, et quelques rares toxicomanes à problèmes ont accès à de tels matériels en Estonie, en Lettonie, en Hongrie et en Slovaquie. Aucune information n'est disponible en Bulgarie.

Des tiers — autres toxicomanes ou des membres de la famille, des personnels des services sociaux et de santé, des policiers ou gardiens de prison — sont souvent témoins des surdoses mortelles et non mortelles, et seraient en position d'intervenir. Dix pays font état de matériels spécifiques destinés à aider les familles de toxicomanes à reconnaître et à gérer d'éventuelles surdoses; dans huit pays, de tels matériels sont disponibles pour les agents de police; dans sept pays, ils ont été élaborés à l'intention du personnel pénitentiaire ⁽¹⁵⁵⁾. Parmi les autres groupes

⁽¹⁵²⁾ L'année 2006 a été prise en tant qu'année la plus récente pour laquelle des informations de presque tous les États membres sont disponibles, via Eurostat, concernant les causes de décès. Pour obtenir des informations détaillées sur les sources, concernant les groupes de transmission, les statistiques et les calculs, voir le tableau DRD-5 (partie iii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁵³⁾ Voir graphique DRD-7 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

⁽¹⁵⁴⁾ Voir tableau HSR-8 du bulletin statistique 2009. Les experts de vingt-six pays de l'UE, de la Turquie et de la Norvège ont évalué le niveau de fourniture d'interventions sélectionnées pour la prévention des décès dus à la drogue.

⁽¹⁵⁵⁾ Voir tableau HSR-8 (partie ii) du bulletin statistique 2009.

cibles figurent les travailleurs des centres de traitement de la dépendance, les ambulanciers, le personnel des urgences, ainsi que les immigrés des pays russophones et les Roms. Il y a néanmoins relativement peu de pays où des matériels sont disponibles pour plusieurs groupes cibles, et tous ces matériels ne sont généralement pas accessibles à l'échelle nationale.

Tous les pays font état d'activités éducatives sur les risques de surdose, et, dans neuf d'entre eux, elles existent dans la plupart des villes présentant un nombre important de toxicomanes à problèmes. Toutefois, dans quatre pays, ces activités n'ont lieu que dans un faible nombre de villes concernées et, dans douze autres, elles n'existent que dans quelques rares villes.

Des stages de formation spécifique aux réponses en cas de surdose sont dispensés dans des séances individuelles ou collectives. Les toxicomanes sont informés sur les risques de surdose, y compris la tolérance réduite après une période d'abstinence, les effets de la polytoxicomanie, et plus particulièrement sur la consommation concomitante d'alcool et sur la prise de drogue en l'absence d'autres personnes, ainsi que sur les compétences en matière de premiers secours. Les experts nationaux estiment que, dans sept pays, la majorité des toxicomanes à problèmes ont reçu une formation aux réponses en cas de surdose au cours des douze derniers mois, tandis que, dans dix pays, seule une minorité a reçu une telle formation et, dans six autres (Belgique, Lettonie, Autriche, Pologne, Roumanie et Slovaquie), seuls quelques rares usagers à problèmes ont reçu ce type de sensibilisation. Aucune formation de ce genre n'est disponible en Estonie, en Hongrie et en Turquie.

Les toxicomanes qui ont déjà eu une expérience de surdose non mortelle sont fortement exposés au risque de surdose (Coffin e.a., 2007) et devraient être spécifiquement ciblés. Des évaluations individuelles de risque de surdose sont effectuées par du personnel formé et visent à identifier les personnes ayant besoin d'un soutien complémentaire. Selon les experts, dans neuf pays, la plupart des toxicomanes à problèmes ont fait l'objet d'une évaluation de risque de surdose au moins une fois au cours de l'année écoulée, tandis que, dans seize pays, seule une minorité a fait l'objet de ce type d'intervention. Aucune information n'est disponible à ce sujet en Bulgarie, en Allemagne et en France.

La distribution de naloxone aux toxicomanes n'est pas une approche standard dans la prévention des surdoses en Europe, bien que la mise à disposition de doses à emporter soit courante dans les services de traitement de la dépendance en Italie, où elles peuvent également être

Réduction des décès par surdose à la sortie de prison

En Angleterre, 15 % des 1 506 décès par surdose en 2005 sont survenus chez des personnes libérées de prison depuis peu (ministère de la santé, 2007). Des études internationales confirment ce risque élevé de décès par surdose accidentelle durant la période suivant immédiatement la sortie de prison (Farrell et Marsden, 2008). Ces études soulignent également la nécessité d'apporter de meilleures réponses aux problèmes de drogue et de santé mentale des personnes qui ont été incarcérées.

Selon les évaluations d'experts de vingt-quatre pays, des conseils de prévention et d'information sur les risques de surdose ne sont absolument pas dispensés avant la sortie de prison dans six pays européens, ne sont dispensés qu'à quelques rares toxicomanes à problèmes dans dix pays, et à moins de la moitié d'entre eux dans six autres pays. Seuls l'Italie et le Luxembourg fournissent ce service à la majorité de la population cible. La date de libération étant difficile à prévoir, en particulier pour les personnes détenues en prévention, des actions d'éducation des prisonniers et de sensibilisation aux risques de surdose devraient idéalement être proposées régulièrement dans les prisons en vue de réduire les comportements à risque.

Le traitement de substitution aux opiacés, qui a montré un effet protecteur dans le milieu carcéral (Dolan e.a., 2005), semble devenir davantage disponible dans les prisons de l'UE, et la possibilité légale d'entamer un traitement de substitution en prison existe dans vingt et un pays (voir chapitre 2). La possibilité de commencer un tel traitement en prison réduit le risque de surdose et de mortalité à la sortie de prison, et réduit le taux de réincarcération (OMS, 2009). Il importe toutefois d'établir les liens nécessaires entre les services de santé de la prison et les centres de soins axés sur la collectivité pour garantir la continuité du traitement.

achetées dans les pharmacies sans ordonnance. Au Royaume-Uni, le statut légal de la naloxone a été modifié en juin 2005, pour permettre son administration par des tiers en cas d'urgence vitale. En outre, l'impact d'un atelier sur les risques de surdose associé à un programme de distribution de naloxone à emporter a été évalué dans une étude de cohorte impliquant 239 consommateurs d'opiacés recrutés dans des services de traitement des toxicomanes (Strang e.a., 2008). Les résultats révèlent une amélioration de la connaissance des signes de surdose et une confiance accrue dans l'usage de la naloxone. Au cours des trois premiers mois, les 12 cas de surdose dans lesquels la naloxone a été utilisée ont eu une issue

favorable, alors qu'un décès s'est produit dans les six cas pour lesquels la substance n'a pas été utilisée. Les auteurs concluent qu'une distribution plus large est susceptible de réduire les décès dus à la drogue et recommandent la réalisation d'études complémentaires de l'impact des ateliers sur les risques de surdose et de l'administration en urgence de naloxone aux consommateurs d'opiacés.

Une autre approche controversée est la mise en place de salles surveillées de consommation de drogue ⁽¹⁵⁶⁾, qui visent à réduire le risque de décès pour les usagers en leur assurant une attention médicale appropriée en cas de surdose. Les données opérationnelles provenant de telles

structures en Europe, au Canada et en Autriche indiquent que les surdoses qui surviennent dans ce type d'environnement sont bien gérées et qu'aucun cas de décès par surdose n'a été signalé. Milloy et ses collègues ont tenté de calculer le nombre de décès potentiellement évités grâce au fonctionnement d'une salle surveillée de consommation à Vancouver. Selon leur estimation, entre 2 et 12 décès par an ont probablement pu être prévenus (Milloy e.a., 2008). Cela confirme des résultats antérieurs concernant les effets bénéfiques probables de ces structures sur les décès par surdose dans les quartiers où la couverture n'est pas suffisante.

⁽¹⁵⁶⁾ Voir OEDT (2004) pour un examen de ce sujet.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Chapitre 8

Nouvelles drogues et tendances émergentes

Introduction

La consommation de substances psychoactives et les nouveaux schémas d'utilisation des drogues peuvent avoir des implications importantes en termes de santé publique et de politique. Ils sont toutefois difficiles à détecter parce qu'ils apparaissent généralement à un faible niveau et sont restreints, dans un premier temps, à des localités spécifiques ou à des sous-groupes limités de la population. Peu de pays disposent de systèmes de surveillance sensibles à ce nouveau phénomène dans le domaine de la drogue, et les difficultés méthodologiques que présente leur identification sont considérables. Néanmoins, l'importance d'identifier les nouvelles menaces potentielles est largement reconnue. Le système d'alerte précoce de l'Union européenne fournit un mécanisme de réponse rapide à l'émergence de nouvelles substances psychoactives sur la scène des stupéfiants. Les activités visant à appuyer ce système constituent une part importante du travail de l'OEDT et s'inscrivent dans une perspective plus large, visant à utiliser une plus grande diversité des sources de données pour améliorer l'opportunité et la sensibilité du système de surveillance de la toxicomanie en Europe.

Action de l'Union européenne sur les nouvelles drogues

La décision du Conseil sur les nouvelles substances psychoactives ⁽¹⁵⁷⁾ instaure un mécanisme pour l'échange rapide d'informations sur les nouvelles substances psychoactives susceptibles de représenter une menace pour la santé publique et la société (système d'alerte précoce) ⁽¹⁵⁸⁾. Il permet aussi de déclencher une procédure d'évaluation des risques officielle, dont les résultats peuvent conduire à prendre une décision politique visant à contrôler de nouvelles substances dans l'Union européenne.

Plus de 90 substances ont été signalées dans le cadre du système d'alerte précoce depuis sa mise en place

en 1997. Jusqu'à récemment, les phénéthylamines et les tryptamines représentaient une grande partie des notifications. Toutefois, au cours de ces dernières années, un éventail de substances beaucoup plus varié est apparu. On y trouve de nombreuses pipérazines et dérivés de la cathinone, ainsi qu'un assortiment hétérogène d'autres substances, dont des produits végétaux, quelques stimulants et hallucinogènes peu habituels et des médicaments.

Au cours de l'année 2008, 13 nouvelles substances psychoactives ont été officiellement signalées pour la première fois dans l'UE par le système d'alerte précoce. Outre de nouvelles drogues de synthèse, qui représentaient 11 des nouvelles substances signalées, le groupe de substances nouvelles comprenait deux plantes mais pas de médicaments.

La formule chimique des deux plantes signalées — kratom et kava — est relativement bien connue dans la littérature. Elles sont utilisées traditionnellement dans d'autres parties du monde, et leur présence sur la scène européenne des stupéfiants semble limitée.

La plupart des nouveaux composés synthétiques détectés sont des substances psychotropes analogues à celles listées dans les tableaux I et II de la convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971. Parmi les nouvelles substances déclarées en 2008, par rapport aux années précédentes, moins de substances appartenaient aux principaux groupes chimiques — phénéthylamines (une), tryptamines (deux) et pipérazines (aucune). On constate que six des nouvelles substances détectées sont des dérivés de la cathinone. La plupart des nouvelles substances de synthèse ont des propriétés stimulantes, alors que trois seulement produisent des effets hallucinogènes.

Pour la première fois en 2008, un cannabinoïde synthétique (JWH-018) a été signalé grâce au système d'alerte précoce. L'apparition de cannabinoïdes synthétiques marque la dernière étape du développement de «drogues de conception»: de celles basées sur le

⁽¹⁵⁷⁾ Décision 2005/387/JAI du Conseil du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives (JO L 127 du 20.5.2005, p. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>.

Plantes psychoactives signalées par le système d'alerte précoce

Les produits de cinq plantes psychoactives ont été signalés au cours de ces dernières années. Les espèces détectées par le système d'alerte précoce ne font pas l'objet d'un contrôle international mais peuvent être contrôlées par les États membres de l'UE.

Le kava (*Piper methysticum*) est un arbuste utilisé depuis des siècles dans les îles du Pacifique Sud dans le cadre des cérémonies. Un thé préparé à partir des racines broyées de la plante peut être consommé pour ses effets antistress et relaxants. Des inquiétudes se sont développées sur les risques de troubles hépatiques liés à une consommation à long terme de kava. Aucun État membre de l'UE n'a déclaré contrôler cette plante, ni ses principes actifs (kavalactones).

Le khat est composé de feuilles et de pousses fraîches de *Catha edulis*, un arbuste cultivé en Afrique orientale et dans la péninsule arabique. Ses feuilles fraîches sont mâchées avec de légers effets stimulants. Ses principes actifs, la cathinone et la cathine, sont des congénères chimiques proches des drogues de synthèse telles que l'amphétamine et le méthcathinone, qui sont sous contrôle international en vertu de la convention des Nations unies de 1971. Le *Catha edulis* est contrôlé dans douze États membres de l'UE.

Le kratom (*Mitragyna speciosa*) est un arbre qui pousse en Asie du Sud-Est. Ses feuilles peuvent être mâchées, fumées ou préparées en infusion. À faibles doses, il a des effets

stimulants. À plus fortes doses, le kratom a des effets analogues aux opiacés et était utilisé en médecine traditionnelle pour soulager la douleur et traiter le sevrage aux opiacés. Les principaux principes actifs du kratom sont la mitragynine, la mitraphylline et la 7-hydroxymitragynine; la mitragynine est probablement responsable de l'activité analgésique du kratom et permet de soulager les syndromes de sevrage aux opiacés. La plante, la mitragynine et la 7-hydroxymitragynine sont contrôlées au Danemark, alors que la Lituanie contrôle la plante et la mitragynine.

La sauge des devins ou *Salvia divinorum* est une plante vivace originaire du sud du Mexique, où elle est traditionnellement utilisée lors des rites religieux pour ses propriétés hallucinogènes. Son principal principe actif, la salvinorine-A, est un puissant agoniste récepteur kappa d'opiacés. Parmi les modes de consommation du *Salvia* à des fins récréatives, ses feuilles peuvent être mâchées ou des extraits concentrés peuvent être fumés ou consommés par administration sublinguale, modes qui semblent produire des effets intenses. L'ingestion des feuilles ou des graines de la plante produit un effet moins intense mais de plus longue durée. Le *Salvia divinorum* ou ses principes actifs sont contrôlés dans six États membres et en Croatie.

La liane d'argent (*Argyreia nervosa*) est une liane grimpante vivace. Ses graines contiennent le principe actif acide d-lysergique amide (LSA, également dénommé «d-lysergamide»), une substance proche du LSD qui produit de légers effets hallucinogènes. Le LSA est contrôlé en tant que drogue en Irlande et au Royaume-Uni.

fentanyl dans les années 1980 aux substituts de phénéthylamines en anneau à la fin des années 1980 et des tryptamines dans les années 1990, et aux pipérazines et dérivés de la cathinone dans les années 2000. Il existe plus d'une centaine de composés ayant une activité de récepteur cannabinoïde, et on peut penser que de nouvelles substances de groupes chimiques différents continueront à émerger sur la scène de la drogue. Tout cela constitue un défi permanent pour les agences de santé publique et de répression, tant pour l'identification médico-légale et toxicologique des nouvelles substances que pour l'évaluation rapide des risques et, le cas échéant, la mise en place de mesures de contrôle.

«Spice» et cannabinoïdes synthétiques connexes

Des produits commercialisés sur l'internet et dans certains magasins spécialisés sous le nom de «spice» sont disponibles depuis au moins 2006. Bien que ce «spice» soit vendu comme de l'encens, lorsqu'il est fumé, ses effets sont décrits par certains consommateurs comme similaires à ceux du cannabis. À la suite d'un rapport suédois, le

système d'alerte précoce a surveillé les produits «spice» depuis le début de l'année 2008.

Les informations sur l'emballage des produits «spice» indiquent qu'ils sont composés de pas moins de 14 ingrédients d'origine végétale. Alors que deux des ingrédients au moins — *Pedicularis densiflora* et *Leonotis leonurus* — peuvent avoir quelques effets psychoactifs, on connaît peu la pharmacologie et la toxicologie des mélanges d'herbes qui seraient présents dans les produits «spice». Ainsi, aucune déclaration définitive ne peut être faite concernant les éventuels risques pour la santé ou les possibles effets psychoactifs de ces produits. Aucun ingrédient de synthèse n'est mentionné sur le produit.

En 2008, le «spice» ainsi que différents autres mélanges d'herbes de type «spice» pouvaient être achetés dans des magasins en ligne et étaient disponibles dans des «head shops» (magasins spécialisés dans des accessoires pour les amateurs de cannabis) ou «smart shops» (magasins spécialisés dans la vente de produits psychotropes d'origine végétale et légaux) vendant des «euphorisants légaux» dans au moins neuf États membres de l'UE (République tchèque, Allemagne, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Autriche, Pologne, Portugal, Royaume-Uni).

De vastes recherches de médecine légale ont été entreprises par les États membres afin d'identifier les ingrédients psychoactifs des produits «spice». En décembre 2008, l'Allemagne et l'Autriche ont identifié le cannabinoïde de synthèse JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. La structure du JWH-018 est profondément différente de celle du tétrahydrocannabinol (THC), le principal principe actif de tous les produits à base de cannabis. Chez les animaux de laboratoire, le JWH-018 produit les mêmes effets que le THC et serait plus puissant. Au début de 2009, un second cannabinoïde de synthèse, le CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾, et trois de ses homologues ont été décelés dans des échantillons de «spice» en Europe.

Des cannabinoïdes de synthèse n'ont été identifiés que dans un nombre limité d'échantillons et dans des quantités très variables. Il semble que ces substances synthétiques aient été ajoutées subrepticement, car les informations figurant sur l'emballage des produits «spice» ne mentionnent que des ingrédients à base d'herbes.

La substance JWH-018 et la substance CP 47,497, ainsi que ses homologues, ne sont pas connues pour leur utilisation répandue en tant que drogues psychoactives en elles-mêmes. Il faut encore de ce fait établir s'il existe une demande spécifique pour ces substances particulières et si des mesures complémentaires doivent être prises tel que stipulé dans la décision 2005/387/JAI du Conseil.

En réponse aux possibles préoccupations sanitaires, cinq États membres ont pris différentes mesures juridiques pour interdire ou contrôler d'une autre manière les produits «spice» et les mélanges du même type. L'Allemagne a appliqué la législation d'urgence sur les stupéfiants afin de contrôler cinq cannabinoïdes de synthèse trouvés dans le «spice» pendant un an. La France a classé comme stupéfiants six cannabinoïdes de synthèse trouvés dans le «spice». L'Autriche a eu recours à sa loi sur les médicaments pour interdire l'importation ou la commercialisation dans le pays des mélanges à fumer contenant six cannabinoïdes de synthèse. Le Luxembourg a décidé de contrôler différents cannabinoïdes de synthèse en tant que substances psychotropes. La Pologne a modifié sa loi sur les stupéfiants, afin de contrôler la substance JWH-018 et deux des ingrédients dits «végétaux» du «spice».

L'internet: une foire aux substances psychoactives

L'internet constitue désormais un nouveau marché pour les substances psychoactives, fournissant aux revendeurs la possibilité de proposer à la vente des alternatives aux

drogues contrôlées, et ce à un vaste public. La vente en ligne a des implications en termes de propagation potentielle des nouvelles substances psychoactives, et sa surveillance constitue un élément de plus en plus important pour identifier les nouvelles tendances en matière de drogues. En particulier, il convient de se pencher sur les risques liés aux substances mises en vente.

Tant les consommateurs que les professionnels ont besoin d'informations sur les nouveaux produits, notamment les spécialistes de toxicologie clinique et des centres antipoison et ceux travaillant dans le domaine des drogues.

Pour identifier l'évolution actuelle du marché des drogues en ligne, l'OEDT effectue une étude annuelle, sorte

Procédures nationales d'évaluation des risques

En 2008, l'OEDT a mené une étude sur les différentes procédures juridiques nationales en place pour que de nouvelles substances soient contrôlées dans le cadre de la législation antidrogue, la durée de ces procédures et l'existence d'une procédure nationale d'évaluation des risques. Dans les vingt-six pays étudiés, on distingue trois approches de l'évaluation des risques. Dans six pays, aucune évaluation des risques n'est menée au niveau national. En général, ces pays se basent sur les évaluations des risques menées au niveau international ou européen. Dans sept pays, des évaluations nationales des risques sont pratiquées de manière ponctuelle, au besoin. Et dans treize pays, une forme d'évaluation des risques sera menée pour examiner si une substance doit être contrôlée, soit dans un cadre imposé par la législation antidrogue soit en vertu de la procédure en vigueur pour proposer une nouvelle loi.

Le degré de risque décelé n'affecte pas la rapidité de la procédure législative dans douze des vingt pays pouvant mener leurs propres évaluations des risques. Quatre pays (Allemagne, Luxembourg, Slovaquie, Suède) peuvent appliquer une procédure législative accélérée si le risque est considéré comme élevé. En France, en Autriche et en Norvège, les situations d'urgence impliquent une évaluation des risques de plus courte durée. Aux Pays-Bas, ces deux possibilités sont offertes.

Dans seize pays, des évaluations nationales des risques sont menées par un groupe d'experts issus de la fonction publique, soit un ministère compétent soit une agence d'État ou gouvernementale. Six pays offrent la possibilité de consulter des scientifiques indépendants, ou peuvent le faire, si le besoin s'en fait sentir. Par ailleurs, dans trois pays (Pays-Bas, Autriche, Royaume-Uni), l'évaluation des risques est réalisée par des organes scientifiques indépendants.

Voir les rapports juridiques de l'ELDD pour de plus amples informations (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

⁽¹⁵⁹⁾ Naphtalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)méthanone.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Diméthylheptyl)-2-[[1R,3S]-3-hydroxycyclohexyl]-phénol.

d'instantané. Au total, en 2009, 115 boutiques en ligne ont été passées au crible. À partir des codes pays des noms de domaine et d'autres informations présentes sur les sites internet, ces boutiques en ligne semblent être situées dans dix-sept pays européens. La majorité des revendeurs en ligne identifiés étaient basés au Royaume-Uni (37 %), en Allemagne (15 %), aux Pays-Bas (14 %) et en Roumanie (7 %).

Contrairement à 2008, aucune des boutiques en ligne examinées en 2009 ne vendait de champignons hallucinogènes contenant de la psilocine et de la psilocybine. Toutefois, quatre revendeurs en ligne basés en France et aux Pays-Bas proposaient du sclérotium — le mycélium compact des champignons hallucinogènes *Psilocybe mexicana* et *Psilocybe tampanensis*.

Parmi les nouveaux produits en vente en 2009, on relève toute une gamme d'herbes à fumer et de «party pills» contenant de nouvelles alternatives légales à la benzylpipérazine (BZP). On a également noté un intérêt croissant pour les produits à priser ou les herbes en poudre.

Des produits de type «spice»⁽¹⁶¹⁾ étaient mis en vente par 48 % des revendeurs étudiés. Alors que les boutiques en ligne vendant du «spice» étaient basées dans quatorze pays européens différents, plus des deux cinquièmes de ces boutiques étaient situées au Royaume-Uni (42 %), et un nombre significatif également en Irlande, en Lettonie et en Roumanie.

Les inquiétudes au sujet des produits «spice» ont conduit un certain nombre de pays à prendre des mesures juridiques visant à interdire ou à contrôler d'une autre manière ces substances. Avant mars 2009, les produits «spice» ont été retirés des boutiques en ligne basées en Allemagne, en Autriche et en France.

En 2009, les mélanges à fumer représentant des alternatives au «spice» ont commencé à apparaître sur le marché en ligne. Les revendeurs qui ont fait l'objet de l'enquête proposaient à la vente au moins 27 mélanges différents d'herbes à fumer constituant des alternatives au «spice». Ces produits sont vendus comme contenant des ingrédients à base de plantes, bien que certains contiennent également le champignon hallucinogène *Amanita muscaria*. Les alternatives au «spice» proposées à la vente en Autriche et en Allemagne comprennent plusieurs mélanges d'herbes à fumer qui sont vendus comme des «parfums d'intérieur» ou de l'encens. L'apparition rapide de substituts au «spice» démontre la capacité de ce marché à répondre immédiatement aux

évolutions de la situation légale des substances psychoactives, souvent en mettant de nouvelles substances sur le marché.

Depuis que la BZP fait l'objet de mesures de contrôle dans les États membres de l'UE, cette substance ne peut plus être utilisée dans les «party pills» vendues en tant qu'alternatives légales de l'ecstasy. Au début de l'année 2009, beaucoup de revendeurs en ligne proposaient des «party pills» sans BZP. Par exemple, des boutiques en ligne basées en Irlande, en Pologne et au Royaume-Uni proposaient des «retro pills» qui sont supposées contenir du 1-(4-fluorophényl) pipérazine (pFPP), une substance décrite comme ayant des effets hallucinogènes légers et des effets euphorisants importants.

Les produits à priser sont vendus en tant qu'alternative aux drogues contrôlées, telles que la cocaïne ou les amphétamines. Les produits contiendraient de la caféine et un cocktail d'autres ingrédients à base de plantes telles que *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* et *Tilia europea*.

Suivi des substances

Pipérazines

En 2007, le rapport de surveillance active OEDT-Europol sur le mCPP [1-(3-chlorophényl)pipérazine] a conclu qu'il n'avait pas d'attrait particulier pour les usagers et qu'il était peu probable qu'il se positionne en tant que drogue à des fins récréatives. En 2008 pourtant, le mCPP était toujours la nouvelle drogue de synthèse la plus répandue sur le marché illicite des drogues, seul ou en association avec le MDMA. Tant le nombre de saisies que les quantités de matériel saisi déclarées à l'OEDT et à Europol en témoignent. Des doutes subsistent sur le fait que la substance soit utilisée pour accroître ou imiter certains des effets du MDMA ou simplement en tant que «produit de coupe». Toutefois, le mCPP n'étant pas une substance contrôlée dans la plupart des États membres, il est probable que les saisies soient sous-déclarées.

Le 3 mars 2008, le Conseil a décidé que les États membres devaient prendre, conformément à leur droit interne, les mesures nécessaires pour soumettre la BZP à des mesures de contrôle, proportionnées aux risques que présente cette substance, et aux sanctions pénales prévues par leur législation, conformément aux obligations qui leur incombent en vertu de la convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971⁽¹⁶²⁾. Les États membres doivent s'efforcer de prendre ces mesures dès

⁽¹⁶¹⁾ Voir «Spice» et cannabinoïdes synthétiques connexes, p. 102.

⁽¹⁶²⁾ Décision 2008/206/JAI du Conseil du 3 mars 2008 définissant la 1-benzylpipérazine (BZP) comme nouvelle substance psychoactive qui doit être soumise à des mesures de contrôle et à des dispositions pénales.

que possible et au plus tard dans un délai d'un an à compter de la date de la décision. Au moment de la préparation du présent rapport, dix-sept États membres ⁽¹⁶³⁾ ont déclaré contrôler la BZP.

GHB/GBL et kétamine

En Europe, l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) et la kétamine sont sous surveillance depuis 2000, lorsqu'une évaluation des risques de ces deux substances a été menée conformément à l'action conjointe de 1997 sur les nouvelles drogues synthétiques (OEDT, 2002).

Peu de pays communiquent des données sur la prévalence du GHB et de la kétamine, et les estimations de prévalence disponibles restent bien inférieures aux autres drogues illicites. L'évolution de la situation est difficile à évaluer, car les données sur la prévalence sont obtenues à partir d'échantillons non probabilistes dont la comparabilité dans le temps et entre échantillons est limitée. L'étude néerlandaise Trendwatch a fait état d'une légère augmentation de la consommation de GHB dans des réseaux et régions spécifiques des Pays-Bas en 2007, mais tant le GHB que la kétamine sont moins fréquemment

consommés que d'autres drogues à des fins récréatives et principalement chez les populations peu visibles, à domicile et dans des fêtes. Contrairement aux hausses rapportées au cours de ces dernières années, les statistiques les plus récentes des urgences médicales liées au GHB à Amsterdam indiquent un fort recul, de 444 cas en 2006 à 110 en 2007. Une étude menée à l'hôpital de Londres a révélé 58 urgences liées à la consommation de kétamine en 2006 et un chiffre identique pour 2007. Dans la plupart des admissions liées à la kétamine, la drogue a été co-ingérée avec d'autres drogues — seulement 11 % des cas impliquant la kétamine seule — et aucune n'a nécessité une admission en soins intensifs (Wood e.a., 2008).

Les enquêtes ESPAD en milieu scolaire menées en 2007 fournissent les données les plus récentes sur la consommation de GHB chez les élèves de 15-16 ans en Europe. Parmi les élèves ayant fait l'objet d'une étude dans les vingt-six pays de l'UE ainsi qu'en Norvège et en Croatie, la prévalence de la consommation de GHB au cours de la vie oscillait entre 0 et 3 %, alors que la plupart des pays affichaient un taux de 1 % ou moins.

⁽¹⁶³⁾ Belgique, Danemark, Allemagne, Estonie, Irlande, Grèce, France, Italie, Chypre, Lituanie, Luxembourg, Malte, Hongrie, Portugal, Slovaquie, Suède et Finlande; ainsi que Croatie, Turquie et Norvège.



Références

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londres (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K., et Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N. K., et Jenner, L. (editors) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (2^e éd.), National Drug Strategy Monograph Series No. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C., e.a. (2009), «Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European Isadora project», *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, p. 88-100.
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., e.a. (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, p. 198-202.
- Cherny, N. I., Catane, R., et Kosmidis, P. A. (2006), «Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering», *Annals of Oncology* 17, p. 885-887.
- CND (2008), *Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogue: rapport au secrétariat*, Commission des stupéfiants, Conseil économique et social des Nations unies, Vienne.
- Coffin, P. O., Tracy, M., Bucciarelli, A., e.a. (2007), «Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose», *Academic Emergency Medicine* 14, p. 616-623.
- Commission européenne (2007), «Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie», COM(2007) 199 final (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2007/com2007_0199fr01.pdf).
- Commission européenne (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Bruxelles 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Commission européenne (2008b), «Young people and drugs among 15-24 year-olds», *Flash Eurobarometer* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (2006), *The CPT standards — 'substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M., e.a. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J. A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211-213.
- Darke, S., et Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, p. 1383-1394.
- Davoli, M., Bargagli, A. M., Perucci, C. A., e.a. (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdTeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, p. 1954-1959.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bruxelles.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londres (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), «Research on upper level drug trafficking: a review», *Journal of Drug Issues* 37, p. 827-844.
- Direction générale de la santé et des consommateurs (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, direction générale de la santé et des consommateurs, Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).

- Direction générale de la santé et des consommateurs (2008b), *Quality of treatment services in Europe – Drug treatment situation and exchange of good practice*, direction générale de la santé et des consommateurs, Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K. A., Shearer, J., White, B., e.a. (2005), «Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction* 100, p. 820-828.
- ECDC et Bureau régional pour l'Europe de l'OMS (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G., e.a. (2008), «Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update», *Substance Abuse* 29, p. 31-49.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., e.a. (2006), «Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution», *Addictive Behaviours* 31, p. 519-530.
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, La Haye.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, La Haye.
- Farrell, M., et Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales», *Addiction* 103, p. 251-255.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londres.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M., e.a. (2007), «Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection», *International Journal of Drug Policy* 18, p. 437-443.
- Hall, W., et Solowij, N. (1998), «Adverse effects of cannabis», *Lancet* 1352, p. 1611-1616.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F., et Razc, J. (editors) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A., et Wiessing, L. (2008b), «From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, p. 503-517 (doi:10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., e.a. (2005), «Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people», *BMJ* 330, p. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I., e.a. (2008), «Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction», *Substance Use Misuse* 43, p. 1464-1475.
- Hibell, B., e.a. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) et groupe Pompidou du Conseil de l'Europe.
- Hoare, R., et Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londres.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R., e.a. (2008), «Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths», *American Journal of Public Health* 98, p. 2229-2236.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M., e.a. (editors) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- Knapp, W. P., Soares, B. G., Farrell, M., et Lima, M. S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (editor) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pompidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Allemagne.
- Loftis, J. M., Matthews, A. M., et Hauser, P. (2006), «Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management», *Drugs* 66, p. 155-174.
- McCambridge, J., Slym, R. L., et Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, p. 1819-1820.
- McIntosh, J., Bloor, M., et Robertson, M. (2008), «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, p. 37-45.
- Mennes, C. E., Ben Abdallah, A., et Cottler, L. B. (2009), «The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups», *Addictive Behaviors* 34, p. 223-226.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M., e.a. (2008), «Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility», *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V., et Trapková, B. (2007), «Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study», *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), p. 109-118 (http://csppsych.psu.cas.cz/files/csppsych_supplement2007.pdf).

- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C., et Lang, J. P. (2007), «Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues», *Gastroentérologie clinique et biologique* 31, p. 51-55.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londres.
- Nordstrom, B. R., et Levin, F. R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, p. 331-342.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des «consultations jeunes consommateurs» (2005-2007)*, Tendances 63, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004), *European report on drug consumption rooms*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2005), *La comorbidité — Consommation de drogue et troubles psychiatriques*, Objectif drogues n° 14, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Question particulière, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Question particulière, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Question particulière, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2007b), *Droque et criminalité: une relation complexe*, Objectif drogues n° 16, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2007c), *Drugs and driving*, Question particulière, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monographie n° 8, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2008b), *Rapport annuel 2008: état du phénomène de la drogue en Europe*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Question particulière, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- OEDT (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Question particulière, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights n° 10, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, dossier thématique, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- OICS (2009a), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2008*, Nations unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, New York.
- OICS (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Nations unies, Organe international de contrôle des stupéfiants, New York.
- OMD (2008), *Customs and drugs report 2007*, Organisation mondiale des douanes, Bruxelles.
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organisation mondiale de la santé, Genève (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- ONUUDC (2009), *World drug report*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUUDC et gouvernance du Maroc (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- Perkonigg, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., e.a. (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, p. 439-449.
- Piontek, D., Kraus, L., et Klempova, D. (2008), «Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties», *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, p. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., e.a. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147-155.

- Qureshi, A. I., Suri, M. F. K., Guterman, L. R., et Hopkins, L. N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, p. 502-506.
- Roesner, S., et Küfner, H. (2007), «Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)», *Sucht* 54 (Supplement 1), p. 65-77.
- Rosenberg, H., Melville, J., et McLean, P. C. (2002), «Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services», *Addiction* 97, p. 59-65.
- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G. P., Rossi, C., Taylor, C., e.a. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C., et Deering, D. (2008), «Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, p. 963-968.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., e.a. (2008), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», *Quality of treatment services in Europe — Drug treatment: situation and exchange of good practice* (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J., et Sheridan, J. (1997), «Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales», *Addiction* 92, p. 833-838.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S., e.a. (2008), «Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses», *Addiction* 103, p. 1648-1657.
- Sutton, A. J., Edmunds, W. J., Sweeting, M. J., et Gill, O. N. (2008), «The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis», *Journal of Viral Hepatitis* 15, p. 797-808.
- Swift, W., Hall, W., et Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 309-318.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., e.a. (2009), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonie: implications for intervention», *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., e.a. (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, p. 160-162.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E., et Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», dans Cools, M., e.a. (editors), *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Maklu, Antwerp.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., e.a. (submitted), «Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction*.
- Wagner, F. A., et Anthony, J. C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, p. 479-488.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L., et Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt'*, Trimbos Institute, Utrecht.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., e.a. (2008a), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) — The need to improve quality and comparability», *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C., e.a. (2008b), «HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East», *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D. M., Bishop, C. R., Greene, S. L., et Dargan, P. I. (2008), «Ketamine-related toxicology presentations to the ED», *Clinical Toxicology* 46, p. 630.
- Zachrisson, H. D., Rödje, K., et Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 (<http://www.biomedcentral.com>).

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 2009 — État du phénomène de la drogue en Europe

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

2009 — 110 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-386-4

Comment vous procurer les publications de l'Union européenne?

Publications payantes:

- sur le site de l'EU Bookshop: <http://bookshop.europa.eu>;
- chez votre libraire, en lui donnant le titre, le nom de l'éditeur et/ou le numéro ISBN;
- en contactant directement un de nos agents de vente.
Vous obtiendrez leurs coordonnées en consultant le site: <http://bookshop.europa.eu>
ou par télécopie au numéro suivant: +352 2929-42758.

Publications gratuites:

- sur le site de l'EU Bookshop: <http://bookshop.europa.eu>;
- auprès des représentations ou délégations de la Commission européenne.
Vous obtiendrez leurs coordonnées en consultant le site: <http://ec.europa.eu>
ou par télécopie au numéro suivant: +352 2929-42758.

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 factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le rapport annuel présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur le phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège, et il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.



Office des publications

ISBN 978-929168386-4



9 789291 683864