



Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

ISSN 1609-6142

# RAPPORT ANNUEL 2006

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE  
EN EUROPE





Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

# RAPPORT ANNUEL 2006

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.

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

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

Un numéro unique gratuit (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2006

ISBN 92-9168-269-1

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2006

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

*Printed in Belgium*

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE



Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa  
Tél. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Remarques liminaires	9
Commentaire — Le problème de la drogue en Europe	11
Chapitre 1	
<b>Politiques et législations</b>	<b>17</b>
Chapitre 2	
<b>Réponse au phénomène de la drogue en Europe — Vue d'ensemble de la situation</b>	<b>27</b>
Chapitre 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Chapitre 4	
<b>Amphétamines, ecstasy et autres substances psychoactives</b>	<b>47</b>
Chapitre 5	
<b>Cocaïne et crack</b>	<b>58</b>
Chapitre 6	
<b>Usage d'opiacés et injection de drogue</b>	<b>66</b>
Chapitre 7	
<b>Maladies infectieuses et décès liés à la drogue</b>	<b>75</b>
Chapitre 8	
<b>Améliorer la surveillance de l'usage problématique de drogue et de la polyconsommation de drogues</b>	<b>88</b>
Références	95



## Préface

Vous avez sous les yeux le onzième rapport annuel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), disponible cette année en vingt-trois langues européennes. Lorsqu'on examine les rapports produits par l'Observatoire au fil des années, il est difficile de ne pas être frappé par l'élévation du niveau de détail propre aux informations désormais disponibles — ce qui reflète une complexité accrue de la situation, tant en termes d'usage des drogues illicites en Europe que de modalités européennes de réponse au problème de la drogue.

Les informations utilisables aux fins de nos analyses ont connu une croissance considérable. Le rapport de cette année se fonde ainsi sur les données transmises par les vingt-cinq États membres de l'Union européenne (UE) et la Norvège et, lorsqu'elles existent, par la Bulgarie, la Roumanie et la Turquie. Non seulement le nombre de pays fournissant des informations a augmenté, mais le volume des données comparables provenant de chacun a lui-même continué à croître. Ces informations nous dressent un tableau plus détaillé que jamais de la situation de la drogue en Europe et de sa dynamique. Il incombe à l'OEDT d'analyser sa complexité, de rassembler des expériences communes lorsqu'elles existent et de commenter les éventuelles différences. En s'investissant dans la collecte de données et en collaborant aux travaux de l'Observatoire, nos États membres ont fini par comprendre que les problèmes actuels de nos voisins risquent de devenir nos propres problèmes de demain. Cette prise de conscience apparaît clairement dans la nouvelle stratégie antidrogue de l'UE et s'accompagne de plans d'action sous-tendus par un consensus sur l'importance de la collecte et du partage des informations, sur la nécessité d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques et sur la valeur de la coopération et des actions coordonnées en réponse à la menace commune que posent les drogues pour la santé, le bien-être et la sécurité de nos citoyens.

Une réflexion sur les informations disponibles nous rappelle également les dangers de la complaisance et la nécessité de ne pas baisser la garde. Le présent rapport se fait l'écho d'avertissements concernant les infections au virus d'immunodéficience humaine (VIH) et les décès liés à la drogue. Néanmoins, dans l'ensemble de l'Europe, un effort considérable a été déployé pour aborder ce type de problèmes, et des progrès tangibles ont été réalisés,

ce qui signifie que les décideurs européens ont dû faire des choix difficiles et qu'ils y ont largement procédé après une analyse minutieuse des preuves en présence. Une telle perspective politique mérite des applaudissements. Dans sa globalité, le débat sur le problème de la drogue n'est pas avare d'une rhétorique équilibrée et axée sur les preuves. En Europe, plus peut-être que partout ailleurs, cette rhétorique est devenue réalité. En dépit des différences existant entre nos États membres dans les particularités des problèmes de drogue qu'ils doivent affronter et dans leurs priorités d'action, ils reconnaissent d'un commun accord l'importance de partager des informations et de coopérer afin de réduire l'offre de drogue, de même que la nécessité d'équilibrer les activités de réduction de l'offre avec des mesures de réduction de la demande, et ils s'inscrivent dans un consensus toujours plus large sur la nécessité de se laisser guider par les preuves en présence dès lors qu'il faut faire des choix difficiles sur les meilleurs programmes et actions à mettre en œuvre dans l'intérêt des citoyens. Cette approche européenne se matérialise non seulement dans la nouvelle stratégie antidrogue de l'UE, mais aussi dans les stratégies nationales antidrogue que nos États membres ont adoptées, dans la voix plus forte et plus unifiée que fait entendre l'Europe sur ce sujet, ainsi que dans les travaux de l'OEDT, dans la mesure où nous nous efforçons de remplir notre mission en facilitant la prise de décisions éclairées par la mise à disposition d'analyses scientifiques rigoureuses et non biaisées des informations disponibles sur le phénomène de la drogue en Europe.

Le problème de l'usage de drogue est complexe, et il n'est pas de ceux qui se prêtent à des conclusions simplistes. Il est toutefois une conclusion qui émerge clairement de l'expérience européenne: nous avons appris non seulement que le travail en équipe fonctionne, mais aussi qu'il est indispensable si nous voulons développer des réponses efficaces aux défis auxquels nous confronte l'usage des drogues illicites.

### **Marcel Reimen**

Président du conseil d'administration de l'OEDT

### **Wolfgang Götz**

Directeur de l'OEDT





## Remerciements

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

- les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- les services de chaque État membre qui ont recueilli les données brutes pour ce rapport;
- les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'OEDT;
- 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 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'Organisation mondiale de la santé, Interpol, l'Organisation mondiale des douanes (OMD), le Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) et le Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida;
- le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications officielles des Communautés européennes;
- Prepress Projects Ltd.

### Points focaux nationaux Reitox

Reitox est le réseau européen d'information sur la drogue et la toxicomanie. Il se compose de points focaux nationaux situés dans les États membres de l'UE, 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/?nnodeid=1596>



## Remarques liminaires

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats et la Norvège (participant aux travaux de l'OEDT depuis 2001) sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2004 (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.

Une version en ligne du rapport annuel est disponible en vingt-trois langues et peut être consultée à l'adresse:  
<http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Le bulletin statistique 2006 (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) contient la série complète des tableaux sources sur lesquels se fonde l'analyse statistique. Il fournit également des renseignements supplémentaires sur la méthodologie utilisée et présente plus d'une centaine de graphiques statistiques.

Les profils des données par pays (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) présentent un résumé graphique de premier plan des principaux aspects de l'état du phénomène de la drogue dans chaque pays.

Le présent rapport s'accompagne de trois analyses approfondies des sujets suivants:

- politiques antidroque européennes: aller au-delà des drogues illicites?
- la dimension de genre dans l'usage de drogue et la réponse aux problèmes liés à la drogue,
- l'usage de drogue dans les lieux de divertissement.

Ces questions particulières sont disponibles sur support papier et en ligne (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) en version anglaise uniquement.

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



# Commentaire — Le problème de la drogue en Europe

## Un nouveau cadre européen pour la coordination et la coopération

Bien que la définition des politiques nationales en matière de drogue reste la prérogative des États membres, il existe désormais un consensus fort quant aux avantages potentiels d'un travail commun au niveau européen, ce qui se reflète à travers plusieurs évolutions récentes en faveur d'activités de coordination et de coopération. Parmi ces évolutions figure l'entrée en vigueur en 2005 de deux nouveaux règlements CE relatifs aux précurseurs et d'une décision du Conseil relative aux nouvelles drogues. En outre, les mesures contre le trafic de stupéfiants sont renforcées par de nouveaux instruments juridiques relatifs au blanchiment d'argent et à la confiscation des biens. Toutefois, l'évolution qui est au cœur de la nouvelle collaboration européenne et des actions futures en matière de lutte contre les stupéfiants est la nouvelle stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012), accompagnée de ses deux plans d'action. Le premier de ces deux plans comporte près de 100 actions spécifiques planifiées et devant être mises en œuvre pour 2008 par les États membres. Un programme d'évaluation constante est envisagé pour cette stratégie, avec des rapports d'avancement annuels ainsi que des évaluations d'impact à la fin de chacune des deux périodes de plan d'action.

La stratégie peut être considérée comme un consensus européen sur la manière de s'attaquer au problème de la drogue. Il existe un engagement explicite en faveur d'une approche équilibrée combinant des mesures relatives tant à l'approvisionnement qu'à la demande, tout en reconnaissant la nécessité de fonder les actions sur l'efficacité et, en outre, d'évaluer systématiquement les progrès accomplis. Des différences importantes existent encore entre les politiques des États membres européens, qui reflètent souvent les différences rencontrées au niveau national en matière de drogue et de configuration des réponses. Néanmoins, la nouvelle stratégie antidrogue montre que le débat politique européen sur les stupéfiants se caractérise de plus en plus par un consensus sur un cadre commun d'activités. Par exemple, presque toutes les stratégies de réduction de la demande comprennent des éléments de prévention, de traitement et de réduction des risques, bien que l'accent mis sur chacun de ceux-ci varie d'un État membre à l'autre. Certaines options politiques continuent de susciter des débats considérables — mais, de manière générale, ceux-ci se déroulent sur un fond d'accord plus large quant aux éléments fondamentaux présidant à la réponse européenne face au problème de la drogue.

## Usage de drogue et offre de drogue: une distinction de plus en plus fréquente

On constate une tendance constante, qui ressort encore une fois de manière évidente des nouvelles informations rapportées cette année, à modifier les législations nationales relatives aux stupéfiants afin de mettre davantage l'accent sur la distinction entre les infractions de détention de stupéfiants pour consommation personnelle et celles liées au trafic et à l'offre de drogue. De manière générale, il existe une évolution vers des sanctions plus sévères pour ces dernières infractions et un accent réduit sur les peines d'emprisonnement pour les premières. Cette évolution est conforme à l'importance accrue accordée dans l'ensemble de l'Europe à l'augmentation des possibilités de traitement antidrogue ainsi qu'à une attention accentuée accordée aux interventions qui détournent les toxicomanes du système de justice pénale vers des options de traitement et de rééducation. Pour les pays qui font une distinction sur le plan juridique entre la détention de stupéfiants pour consommation personnelle et celle pour la vente (offre) se pose la question de savoir s'il convient de légiférer afin de définir de manière explicite des seuils pour les quantités de stupéfiants admises pour la consommation personnelle. En la matière, aucun consensus ne prévaut actuellement, et des approches différentes ont été adoptées partout en Europe, allant de la publication de lignes directrices générales facultatives à la définition de limites légales.

## Consommation d'héroïne: un volet important d'une situation plus globale

Les données présentées dans ce rapport montrent que, dans l'ensemble de l'Europe, l'approche historique relative à la consommation et à l'injection d'héroïne en tant qu'éléments principaux du problème de la drogue doit être élargie à la lumière de l'importance croissante de la consommation de plusieurs drogues (polytoxicomanie) et de stimulants ainsi que des implications de plus en plus importantes pour la santé publique de l'usage très répandu du cannabis. Néanmoins, dans bon nombre de pays, les opiacés (principalement l'héroïne) restent les principaux stupéfiants pour lesquels les usagers de drogue veulent être traités, avec environ 60 % de toutes les demandes de traitement enregistrées en 2004 — et seulement un peu plus de la moitié de ces usagers (53 %) ont déclaré prendre cette drogue par injection.

Près de 25 % des demandes de traitement pour les opiacés sont faites par des personnes âgées de 35 ans ou plus, et

seulement 7 % des usagers souhaitant se faire traiter pour la première fois sont âgés de moins de 20 ans. Il convient de souligner que les données relatives aux demandes de traitement reflètent le nombre de toxicomanes demandant un nouveau traitement au cours de l'année concernée et ne comprennent pas les personnes poursuivant un traitement; par conséquent, le nombre total de toxicomanes en traitement est considérablement plus élevé. Dans l'ensemble de l'Europe, la croissance substantielle des traitements de substitution qui a été constatée ces dernières années signifie que le système de traitement concerne une population croissante, et vieillissante, de personnes présentant des problèmes liés à l'héroïne, et qui risquent d'avoir besoin de soins et de rester des consommateurs importants de ressources pendant de nombreuses années encore.

L'héroïne consommée en Europe est principalement produite en Afghanistan. L'Europe continue de saisir les plus grandes quantités d'héroïne au monde et, à la suite d'une augmentation des saisies dans les pays de l'Europe du Sud-Est (particulièrement en Turquie), cette région a dépassé l'Europe occidentale et orientale en termes de volumes interceptés. Cette tendance à la hausse des saisies d'héroïne non seulement met en exergue la valeur d'une action coordonnée contre le trafic au niveau européen au sens large, mais soulève également des questions importantes concernant l'impact de la production accrue d'héroïne sur le marché européen. Aucune tendance claire n'est constatée concernant la pureté moyenne du produit; toutefois, la tendance des prix sur cinq ans (1999-2004) corrigée selon l'inflation est à la baisse dans la plupart des pays. Néanmoins, bien que l'héroïne soit plus facilement accessible et moins chère en Europe, il n'existe aucune preuve que cela influence les niveaux généraux de consommation. Les indicateurs globaux donnent à penser que l'incidence de la nouvelle consommation d'héroïne se réduit encore en Europe pour atteindre ce qui est probablement une situation stable — une proportion significative des personnes ayant des problèmes liés aux opiacés recevant un traitement de substitution, en tout cas dans certains pays. Parmi ces nouveaux toxicomanes sous traitement, le nombre de personnes ayant un problème significatif d'opiacés a chuté dans la plupart des pays. Néanmoins, il s'agit d'un domaine où des vagues de consommation épidémique ont été constatées par le passé, et toute autosatisfaction doit donc être évitée.

Dans le rapport de cette année, il existe des indicateurs inquiétants selon lesquels le nombre de décès liés à l'usage de drogue, qui avait diminué de manière générale depuis 2000, est reparti légèrement à la hausse dans une majorité de pays en 2004. Il est trop tôt pour dire si ces petites évolutions annoncent un changement à plus long terme, mais il convient de rappeler que les décès liés à l'usage de drogue représentent l'un des principaux problèmes de santé publique liés à la toxicomanie. Même si la proportion des décès liés à l'usage de drogue chez des jeunes a chuté, renforçant les hypothèses selon lesquelles les nouvelles injections

d'héroïne diminuent, les estimations disponibles axées sur les villes concernant la mortalité liée à la drogue (surdoses et autres causes) suggèrent que, actuellement, 10 à 23 % de la mortalité globale chez les adultes âgés de 15 à 49 ans peut être attribuée à la consommation d'opiacés.

### **Problèmes d'injection et problèmes de santé liés à l'injection: un compagnon omniprésent**

Dans bon nombre de pays, l'injection de drogues est quasi synonyme de consommation d'héroïne, mais il existe des exceptions, quelques pays de l'UE faisant état de niveaux significatifs d'injections de stimulants, principalement chez les gros consommateurs d'amphétamines. Dans l'ensemble et, dans une certaine mesure, tout comme pour l'héroïne, les informations disponibles suggèrent une baisse générale des drogues injectables à plus long terme. Toutefois, dans beaucoup de nouveaux États membres, les niveaux de drogues injectables restent élevés. Il convient de souligner ici que la disponibilité d'estimations nationales ou régionales pour les drogues injectables reste médiocre. De plus, des études sur les drogues injectables dans certaines régions ont même fait état de légères hausses récemment. Une image plus globale de la situation pour ce comportement est obtenue grâce au suivi des héroïnomanes sous traitement, parmi lesquels la proportion des consommateurs par injection a chuté de manière spectaculaire dans certains pays, mais pas dans d'autres. Parmi les anciens États membres notamment, le Danemark, la Grèce, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni rapportent tous des baisses du nombre de consommateurs par injection chez les héroïnomanes sous traitement.

La relation entre la consommation de drogue par injection et les problèmes de santé est bien connue, et les consommateurs par injection présentent des risques plus élevés de surdose et de graves infections ainsi que d'autres problèmes de santé tels que les septicémies et les thromboses. L'infection au VIH est le risque sanitaire qui a galvanisé la réponse de la santé publique européenne face à ce type de toxicomanie, et presque tous les pays ont désormais des systèmes d'intervention visant à prévenir les nouvelles infections. Par exemple, la mise à disposition d'aiguilles et de seringues, considérée par le passé comme une intervention portant à controverse, existe à divers degrés dans pratiquement tous les États membres, bien que sa couverture varie considérablement d'un pays à l'autre. La plupart des pays font état de faibles taux de nouvelles infections au VIH imputables à l'usage de drogue par injection, et les taux d'infection au VIH chez les usagers de drogue par voie d'injection sont estimés inférieurs à 5 %. Toutefois, il convient une fois encore de garder à l'esprit des mises en garde importantes: premièrement, deux des plus grands pays les plus touchés par le sida chez les usagers de drogue par voie d'injection, l'Espagne et l'Italie, ne fournissent pas actuellement de données nationales sur les déclarations de cas de VIH; deuxièmement, il est établi que la transmission du VIH est toujours d'actualité dans

## En un clin d'œil — Estimations de l'usage de drogue en Europe

(Ces estimations concernent la population adulte et sont les plus récentes disponibles. Pour des données et des notes méthodologiques complètes, consultez le bulletin statistique en annexe.)

### Cannabis

Prévalence tout au long de la vie: au moins 65 millions, soit 1 adulte européen sur 5  
 Usage au cours de la dernière année: 22,5 millions d'adultes européens, soit un tiers des usagers de drogue tout au long de la vie  
 Usage au cours des trente derniers jours: 12 millions d'Européens  
 Variation par pays au cours de la dernière année d'usage:  
 Fourchette globale: de 0,8 à 11,3 %  
 Fourchette type: de 2,8 à 7,5 % (15 pays)

### Cocaïne

Prévalence tout au long de la vie: au moins 10 millions, soit 3 % des adultes européens  
 Usage au cours de la dernière année: 3,5 millions d'adultes européens, soit un tiers des usagers de drogue tout au long de la vie  
 Usage au cours des trente derniers jours: plus de 1,5 million  
 Variation par pays au cours de la dernière année d'usage:  
 Fourchette globale: de 0,1 à 2,7 %  
 Fourchette type: de 0,3 à 1,2 % (18 pays)

### Ecstasy

Prévalence tout au long de la vie: environ 8,5 millions d'adultes européens  
 Usage au cours de la dernière année: 3 millions, soit un tiers des usagers de drogue tout au long de la vie  
 Usage dans les trente derniers jours: plus de 1 million  
 Variation par pays au cours de la dernière année d'usage:  
 Fourchette globale: de 0,0 à 3,5 %  
 Fourchette type: de 0,3 à 1,5 % (15 pays)

### Amphétamines

Prévalence tout au long de la vie: près de 10 millions, soit environ 3 % des adultes européens  
 Usage au cours de la dernière année: 2 millions, soit un cinquième des usagers de drogue tout au long de la vie  
 Usage au cours des trente derniers jours: moins de 1 million  
 Variation par pays au cours de la dernière année d'usage:  
 Fourchette globale: de 0,0 à 1,4 %  
 Fourchette type: de 0,2 à 1,1 % (16 pays)

### Opiacés

Usage problématique d'opiacés: entre 1 et 8 cas sur 1 000 (population adulte, âgée de 15 à 64 ans)  
 Près de 7 000 décès dus à des médicaments à action immédiate, des opiacés étant trouvés dans environ 70 % de ceux-ci (données de 2003)  
 Principal médicament dans environ 60 % de toutes les demandes de traitement  
 Plus de 500 000 usagers d'opiacés ont reçu un traitement de substitution en 2003.

des groupes spécifiques d'usagers de drogue par voie d'injection partout en Europe, et il existe même des signes d'augmentation dans certains groupes de population étudiés.

La situation des taux d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est bien plus négative. Ils restent presque universellement élevés chez les usagers de drogue par voie d'injection. Traiter les problèmes de santé liés au VHC chez les toxicomanes et anciens toxicomanes par injection représentera encore probablement l'un des principaux coûts pour la santé pendant de nombreuses années. Si l'on tire la conclusion que l'usage par voie d'injection décline sans doute lentement et que l'Europe a bien réagi au défi posé par la propagation épidémique du VIH dans les années 90, il est réellement à craindre que cela ne suscite une certaine complaisance à l'égard des menaces pour la santé que représente encore ce comportement. Des niveaux élevés d'infection endémique par le VHC, la subsistance de la transmission chez les usagers par voie d'injection, avec une incidence accrue observée dans certains groupes, et un grand groupe à risque élevé de consommateurs par injection dans certains des nouveaux États membres démontrent la nécessité de continuer à considérer l'usage de drogue par voie d'injection, et les problèmes qu'il entraîne, comme une question essentielle de santé publique en Europe et un domaine critique de politique en matière de drogue et de vigilance de la recherche.

## Cocaïne: des signes de stabilisation pour la deuxième drogue la plus répandue en Europe

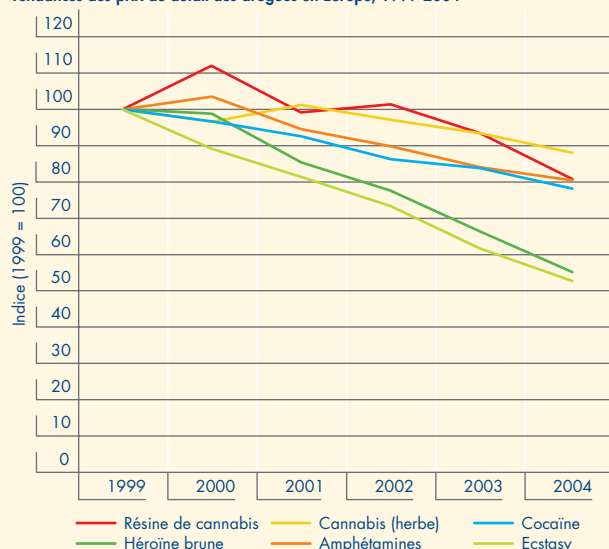
Les estimations relatives à la consommation de cocaïne (prévalence au cours de la dernière année) placent désormais cette drogue juste devant les amphétamines et l'ecstasy comme la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe. Toutefois, de manière générale, on constate une stabilisation de la consommation après une période au cours de laquelle la consommation de cette drogue a considérablement augmenté. Les augmentations importantes de la prévalence de cocaïne en Espagne et au Royaume-Uni, de la moitié jusqu'à la fin des années 90, semblent s'être stabilisées depuis 2000 ou 2001. Ailleurs, bien que des augmentations modérées de la consommation de cocaïne aient été constatées dans quelques pays, aucune croissance spectaculaire n'a été rapportée. Dans l'ensemble, la situation de la cocaïne reste très hétérogène en Europe, et la consommation importante de cocaïne se limite à quelques pays, principalement d'Europe occidentale.

Il serait erroné de conclure que les signes de stabilisation de la consommation de cocaïne entraîneront nécessairement une stabilisation de l'étendue des problèmes attribués à la consommation de cette drogue. En Europe, la consommation de cocaïne se trouve à des niveaux historiquement élevés, et des études suggèrent qu'il est commun que les augmentations de problèmes liés à une drogue apparaissent quelques années après les augmentations de prévalence. Cela est dû au fait qu'il faut du temps pour que les habitudes de

## L'usage de drogue en Europe n'a jamais été aussi bon marché

Ce rapport comprend, pour la première fois, une analyse sur cinq ans des prix dans la rue des drogues illicites, corrigés selon l'inflation, afin de permettre une évaluation plus précise des évolutions dans le temps des prix des drogues dans la rue. Les données relatives aux prix dans la rue sont difficiles tant à collecter qu'à interpréter. La pureté, la quantité et la variété des substances achetées influencent les prix, tout comme des facteurs géographiques tels que le fait de vivre dans une grande ville ou sur une route de transit régulier de stupéfiants. Les prix des drogues varient aussi considérablement d'un pays à l'autre et sont sujets à des fluctuations au fil du temps reflétant les perturbations de l'approvisionnement. Malgré ces distorsions au niveau des données, pour la plupart des types

Tendances des prix au détail des drogues en Europe, 1999-2004



de drogue, les données disponibles suggèrent que leurs prix sont en baisse partout en Europe. Pour la majorité des pays, la tendance prédominante sur ces cinq dernières années a en effet été une diminution des prix dans la rue pour le cannabis, l'héroïne, les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne (voir le graphique ci-contre). Bien que les données historiques relatives aux prix dans la rue fassent largement défaut et soient difficiles à interpréter lorsqu'elles sont disponibles, cette tendance, de manière inquiétante, concorde avec l'idée selon laquelle les prix pourraient avoir baissé sur le long terme. Par exemple, des informations disponibles pour certains pays à prévalence élevée suggèrent que la cocaïne et l'ecstasy étaient considérablement plus chères à la fin des années 80 et au début des années 90 qu'aujourd'hui.

*NB:* Les tendances représentent les informations disponibles sur les prix dans la rue pour chaque drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège, pondérés selon les tailles de population par pays afin de constituer une tendance européenne globale. Les prix ont été ajustés selon les taux d'inflation nationaux (année de référence 1999), et toutes les séries ont été indexées sur une base de 100 en 1999. Beaucoup de pays ne sont pas en mesure de fournir ces données, qui sont difficiles à obtenir et souvent peu fiables et incomplètes. Les pays ne disposant pas d'informations sur les prix des stupéfiants pour deux années consécutives ou plus ne sont pas compris dans les calculs de tendance pour les stupéfiants: la tendance est basée sur neuf pays pour l'héroïne brune, sur neuf pour les amphétamines, sur treize pour la cocaïne, sur treize pour l'ecstasy, sur treize pour le cannabis (herbe) et sur quatorze pour la résine de cannabis. En outre, lorsque les données ne sont pas disponibles pour 2004 (11 cas), les prix de 2003 ont été utilisés; pour les données non disponibles pour 1999 (1 cas), ce sont ceux de 2000 qui ont été utilisés; les données manquantes pour les autres années (12 cas) ont été interpolées à partir des années adjacentes. Pour plus d'informations sur les prix de 2004, voir les tableaux PPP-1, PPP-2, PPP-3 et PPP-4 du bulletin statistique.

Sources: Données sur les prix: points focaux nationaux Reitox. Données sur l'inflation et la population: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

consommation intensive et régulière se développent et pour que les problèmes deviennent visibles. Ce phénomène commence peut-être à s'installer dans les pays européens où l'usage de cocaïne est aujourd'hui bien établi. Tant aux Pays-Bas qu'en Espagne, une demande de traitement sur quatre au moins est désormais liée à la cocaïne, et, dans l'ensemble de l'Europe, les nouvelles demandes de traitement pour la cocaïne ont approximativement doublé entre 1999 et 2004. Bien que la consommation de crack reste très limitée en Europe, le nombre de problèmes signalés pour certaines villes laisse à penser que la situation se détériore peut-être.

La présence de cocaïne est souvent constatée dans les analyses toxicologiques des décès attribués aux opiacés, et, dans plusieurs pays, l'usage concomitant de cocaïne est devenu un problème reconnu chez les personnes sous traitement pour des problèmes liés à l'héroïne. Bien que les données soient limitées, dans les rapports nationaux pour 2005, plus de 400 décès étaient imputés à l'usage de cocaïne, et les décès liés à la cocaïne semblaient augmenter dans tous les pays à prévalence élevée. Ce

chiffre est presque certainement une sous-estimation, et l'impact de la consommation de cocaïne en tant que facteur de mortalité due à des problèmes cardiovasculaires reste inconnu. Le message est clair: si l'Europe veut éviter de connaître une croissance des coûts de santé publique associés à l'utilisation de cette drogue, toute stabilisation de la consommation globale de cocaïne ne doit pas masquer la nécessité d'une meilleure identification/compréhension des problèmes liés à la cocaïne et la nécessité d'investir dans l'élaboration de réponses efficaces.

## Réagir à un problème de drogue européen plus complexe

Un thème récurrent dans ce rapport est la nécessité croissante d'élaborer des réponses adaptées à la nature complexe et multiple du problème de la drogue aujourd'hui. Lorsque des activités de prévention, de traitement ou de réduction des risques sont envisagées, il importe de mieux comprendre ce qui constitue de bonnes pratiques et actions fondées sur les résultats. Sur un total d'environ 380 000 demandes de traitement enregistrées en 2004, le cannabis en était la



première raison dans environ 15 % des cas, ce qui en fait la drogue la plus communément signalée après l'héroïne. Les services de traitement sont également confrontés à davantage de problèmes liés aux stimulants et à la polytoxicomanie, y compris un chevauchement considérable de problèmes de drogue et d'alcool. Toutefois, au niveau de la population, nous n'en savons pas assez concernant les implications pour la santé publique d'un usage régulier et persistant de ces types de drogue, ni sur les besoins éventuels d'intervention de ceux qui les consomment. L'ensemble des données disponibles en Europe pour définir les réponses aux problèmes de drogue est plus complet pour l'usage d'opiacés illicites, où un ensemble considérable de résultats contribue au développement des services et au choix de leurs objectifs. Le consensus croissant qui existe pour orienter la politique sur ce qui constituera probablement une intervention appropriée pour le problème de l'usage d'héroïne est assorti d'une nécessité croissante de développer la même clarté quant à la manière dont nous réagissons face à des problèmes de drogue plus hétérogènes en Europe.

### La nécessité de mieux définir et comprendre la polytoxicomanie

Une question clé est la nécessité de répondre aux problèmes causés par l'usage de substances psychoactives multiples. La polytoxicomanie est de plus en plus reconnue comme un domaine clé du développement des services. Toutefois, la définition du concept reste évasive, et, dans une certaine mesure, presque tous ceux qui consomment des drogues peuvent être considérés comme des polytoxicomanes. La polytoxicomanie pose des défis considérables aux systèmes de surveillance des drogues, qui ont tendance à être fondés sur les mesures comportementales de l'usage d'une liste de drogues individuelles. Il est donc tout à fait nécessaire d'élaborer un cadre conceptuel pour la description des différents types d'usage multiple, premier pas vers la compréhension de ce comportement. Une partie du rapport de cette année est consacrée à la présentation des questions analytiques qui doivent être réglées si l'Europe veut relever le défi d'une meilleure compréhension des besoins du nombre croissant de personnes dont les problèmes viennent de l'usage d'une série de drogues plutôt que d'une dépendance à une seule substance.

### Retour vers le futur: anticiper les menaces et les défis

Le rapport de cette année, comme toujours, tente d'identifier les tendances émergentes afin d'anticiper les problèmes à venir. Une telle analyse est par définition spéculative et doit être réalisée avec prudence. Les métamphétamines

représentent des stupéfiants clairement associés à de graves problèmes de santé publique. Alors que les problèmes liés aux métamphétamines continuent de croître dans le monde, en Europe, ces stupéfiants restent limités à quelques pays qui connaissent ces problèmes depuis longtemps. Bien que les informations disponibles ne nous permettent pas de tirer des conclusions définitives quant aux tendances, davantage de pays ont fait état de saisies ou de consommation de ces drogues, soulignant clairement la nécessité d'une surveillance plus intensive des groupes de population les plus à risques.

En 2006, l'OECD a publié un document technique relatif aux champignons hallucinogènes, et cette question est encore une fois résumée dans notre rapport annuel. La disponibilité et la consommation de champignons hallucinogènes semblent avoir augmenté depuis la fin des années 90, mais cela est largement passé inaperçu. Dans la plupart des cas, l'usage de ce type de drogue semble être de nature expérimentale et les problèmes signalés restent rares. Toutefois, une sensibilisation accrue des décideurs politiques quant à la disponibilité de champignons hallucinogènes a mené à l'introduction de plusieurs actions visant à accroître les mesures de contrôle.

La psilocybine et la psilocine, deux des substances présentes dans les champignons hallucinogènes, font l'objet d'une convention internationale. Toutefois, le fait que les champignons poussent naturellement dans bon nombre de pays pose un problème complexe sur le plan législatif et ils sont traités différemment partout en Europe. De manière plus générale, la surveillance de substances émergentes qui pourraient poser une menace pour la santé publique, et qui requièrent donc un contrôle, est soutenue par une nouvelle décision du Conseil (2005/387/JAI) relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives. Un exemple de la nécessité d'informations d'alerte précoce dans ce domaine a été la diffusion rapide de la mCPP (1-3-chlorophénylpipérazine) en 2005. L'émergence de la mCPP illustre le fait que les personnes impliquées dans la production de drogue cherchent constamment des innovations sous la forme de nouvelles substances chimiques pouvant être introduites sur le marché — dans ce cas probablement pour renforcer ou modifier les effets de la MDMA (ecstasy). Une telle innovation exige une réaction car le potentiel délétère grave de ces substances pour la santé est inconnu. Le système d'alerte précoce mis en place par la décision du Conseil représente donc un mécanisme d'intervention important dans un processus où la santé des jeunes Européens est mise en danger par ceux qui cherchent à faire des profits en évitant les mécanismes de lutte contre les stupéfiants existants.



# Chapitre 1

## Politiques et législations

### Stratégies antidrogue nationales

Durant la période considérée dans ce rapport, cinq pays ont adopté des stratégies nationales et des plans d'action antidrogue (tableau 1). La Lettonie a adopté pour la première fois une stratégie nationale antidrogue pour la période 2005-2008, tandis que la République tchèque, l'Espagne, le Luxembourg et la Roumanie entérinaient de nouveaux plans d'action et stratégies nationales de lutte contre la drogue.

Par ailleurs, la Finlande a adopté une stratégie antidrogue pour l'administration carcérale (2005-2006), et, au Royaume-Uni, des Public Service Agreements (PSA ou accords de service public) fixent de nouveaux objectifs en matière de politique antidrogue visant à réduire les dommages causés par les drogues illicites aux personnes, à leurs familles et à la collectivité.

Au cours de la période considérée, des stratégies nationales antidrogue ont été élaborées en Italie, en Autriche, en Pologne, au Portugal, en Suède et en Norvège (tableau 2).

Certains pays, qui ont mis en œuvre leurs premières stratégies et plans d'action antidrogue nationaux voici quelque temps (depuis 1998), reformulent actuellement leurs plans et stratégies en mettant en exergue la définition d'objectifs plus précis et plus réalistes. Ainsi, le Luxembourg rapporte que son nouveau plan d'action pour la période 2005-2009 est simple, clairement structuré et orienté vers les résultats, qu'il fixe des objectifs pour les actions, identifie les responsabilités et définit les budgets, les résultats escomptés et les délais pour l'obtention des résultats et

**Tableau 1 — Pays ayant adopté une nouvelle stratégie antidrogue en 2005**

Pays	Document	Période couverte
République tchèque	Stratégie nationale antidrogue Plan d'action	2005-2009 2005-2006
Espagne	Plan d'action	2005-2008
Lettonie	Stratégie nationale antidrogue	2005-2008
Luxembourg	Stratégie nationale et plan d'action antidrogue	2005-2009
Roumanie	Stratégie nationale antidrogue	2005-2012

**Tableau 2 — Pays dont les stratégies antidrogue étaient en préparation en 2005**

Pays	Document	Période couverte
Italie	Plan d'action	2004-2008
Autriche	Stratégie nationale	
Portugal	Stratégie nationale et plan d'action	2005-2008
Suède	Plan d'action	
Norvège	Plan d'action	

l'évaluation. En Belgique, un groupe d'experts a été institué par les autorités sanitaires de la Communauté française et de la Région wallonne pour élaborer un «plan concerté de prévention, d'aide et de soins à la toxicomanie». Le groupe a recommandé que «les gouvernements définissent plus clairement les priorités et les objectifs», qu'«une définition claire des principes de base d'une politique commune antidrogue soit donnée» et qu'«une chronologie des stratégies retenues soit identifiée». Le plan d'action 2005-2006 de la République tchèque suit une approche similaire, en identifiant des objectifs concrets et les activités requises pour les atteindre et en déterminant les responsabilités de chaque ministère et les conditions et indicateurs de réussite pour chaque domaine.

### Évaluation des stratégies antidrogue nationales

De nombreux pays européens reconduisent automatiquement leur stratégie antidrogue nationale, lançant ainsi un processus cyclique au cours duquel les résultats de la stratégie précédente, ou son évaluation, servent d'intrants à la stratégie future (OEDT, 2004a).

En 2005, l'Irlande, le Luxembourg, la Hongrie et la Roumanie ont fait état de ce processus. L'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie hongroise de lutte contre la drogue a été menée par l'institut néerlandais Trimbos. C'est la première fois qu'une stratégie antidrogue nationale est évaluée par des experts étrangers. L'évaluation s'est centrée sur les résultats à mi-parcours de la stratégie antidrogue et a abouti à une série de recommandations concernant

les stratégies futures et la manière dont la structure de coordination de la politique antidrogue pourrait être renforcée. Des similitudes existent avec l'évaluation de la stratégie antidrogue portugaise de 1999 — réalisée en 2004 et conduite, en externe, par l'Institut national portugais d'administration publique et, en interne, par l'Institut des drogues et toxicomanies (IDT) — et le plan d'action 2001-2004. La Hongrie et le Portugal sont les deux premiers pays européens à avoir demandé une évaluation externe de leurs stratégies antidrogue nationales.

En 2005, l'examen à mi-parcours de la stratégie antidrogue irlandaise pour la période 2001-2008, qui repose sur une consultation publique et une analyse des principales données nationales et communautaires, a recommandé le «recentrage» des priorités afin de répondre aux nouvelles tendances en matière de traitement, de polyconsommation de drogues, d'usage de cocaïne et de propagation du VIH et de l'hépatite C, et la «redynamisation» de la mise en place et de la réalisation des différentes actions clés au cours de la période restante de la stratégie. En Roumanie, la stratégie antidrogue nationale 2003-2004 a fait l'objet d'une évaluation à laquelle ont participé toutes les institutions nationales impliquées dans la lutte contre la drogue, et les résultats ont servi de base à la nouvelle stratégie antidrogue nationale pour la période 2005-2012. Au Luxembourg, 87 % des mesures annoncées dans le plan d'action national antidrogue pour la période 2000-2004 ont été mises en œuvre dans les délais prévus. Selon le rapport national, les mesures qui n'ont pas été exécutées (comme un programme de distribution d'héroïne) ont été reportées essentiellement pour des raisons d'ordre politique. Les actions qui n'ont pas encore été mises en œuvre figurent dans le nouveau plan d'action.

En outre, les rapports relatifs à l'année écoulée donnent à penser que les stratégies antidrogue nationales commencent à produire des résultats visibles. Bien qu'il ne soit pas encore possible d'affirmer catégoriquement que les objectifs généraux de réduction de l'offre et de la demande ont été atteints, il ne fait aucun doute que les stratégies antidrogue nationales ont atteint des objectifs spécifiques importants.

L'évaluation de la stratégie antidrogue portugaise adoptée en 1999 lui attribue une disponibilité accrue des traitements antidrogue, une réduction des décès liés à la drogue et de la prévalence du VIH et une augmentation des rapports de police sur le trafic de drogue. Par ailleurs, l'évaluation a également constaté un abaissement de l'âge de la première prise de drogue et une hausse du nombre de décès liés à la consommation de substances autres que des opiacés. En Espagne, l'évaluation de la stratégie nationale (2003), tout en reconnaissant que l'objectif de réduction de l'usage de drogue n'a pas été atteint, montre que de bons résultats ont été obtenus en matière d'assistance et de réduction des risques et que des résultats satisfaisants ont été obtenus dans d'autres domaines comme la recherche et l'éducation, la coopération internationale et la réduction de l'offre.

En outre, le ministère de la santé et de la protection des consommateurs a approuvé un plan d'action couvrant la période 2005-2008, en vue de mobiliser des ressources et de lancer des initiatives pour faire avancer et redynamiser la stratégie antidrogue nationale. En Grèce, le plan d'action national 2002-2006 a eu pour effet d'accroître la variété et la couverture des programmes de traitement disponibles.

En Suède, le plan d'action antidrogue national pour la période 2002-2005 a eu pour effet d'accorder une priorité politique plus grande à la drogue aux échelons national, régional et local. La plupart des municipalités suédoises ont désormais mis en place sous une forme ou une autre un plan d'action en la matière, et une priorité accrue est aujourd'hui accordée à la coordination et à la coopération entre les parties prenantes dans le domaine de la lutte contre la drogue, ce qui a entraîné une amélioration dans ces domaines. En outre, les types et l'accessibilité des traitements proposés aux toxicomanes se sont également développés. Au Royaume-Uni, l'Audit Commission (comité chargé de l'audit) a certes reconnu que des progrès avaient été enregistrés au niveau des traitements, mais a néanmoins laissé entendre qu'il y avait encore matière à amélioration en ce qui concerne les structures de réinsertion et de réadaptation des usagers de drogue, comme les services d'aide au logement, les services sociaux et d'autres services d'aide. À l'avenir, la réalisation des objectifs de la stratégie antidrogue par le gouvernement sera mesurée à l'aune des objectifs fixés dans les PSA et par un indice des dommages associés à la drogue (Drug Harm Index ou DHI), qui évaluera les dommages causés par l'usage problématique de toute drogue illicite.

Enfin, l'évaluation est considérée comme un élément capital des nouvelles stratégies antidrogue nationales récemment adoptées. En Lettonie, le Conseil de contrôle des drogues et de coordination de la réduction des toxicomanies évaluera chaque année les progrès enregistrés dans la mise en œuvre du programme, et, au Luxembourg, une évaluation externe finale des résultats sera menée en 2009.

## Dépenses publiques liées à la drogue

Bien que les dépenses soient fréquemment mesurées sur des durées variables et qu'il n'existe pas de définition commune des dépenses publiques liées à la drogue, les estimations disponibles font apparaître que les dépenses liées à la drogue ont augmenté dans plusieurs pays, notamment en République tchèque, au Danemark, au Luxembourg, en Autriche et en Pologne.

Les pays ayant déclaré des dépenses liées à la drogue pour l'année 2004 sont la République tchèque (11,0 millions d'euros), l'Espagne (302 à 325 millions d'euros), Chypre (2,8 millions d'euros), la Pologne (51 millions d'euros) et la Norvège (46 millions d'euros). Deux pays ont fait état de dépenses budgétisées plus récentes dans le cadre de la lutte contre la drogue, à

savoir le Luxembourg (6 millions d'euros en 2005) et le Royaume-Uni (2 milliards d'euros en 2004-2005).

En Slovaquie, les dépenses publiques totales liées à la drogue sont estimées à 14,5 millions d'euros en 2004, dont environ 8,4 millions d'euros pour les mesures répressives et 6,1 millions d'euros pour les soins de santé et les services sociaux.

En Suède, les autorités estiment que les dépenses liées à la politique antidrogue s'élevaient en 2002 à quelque 0,9 milliard d'euros (l'estimation la plus basse se situant à 0,5 milliard d'euros et la plus haute à 1,2 milliard d'euros). Si l'on compare les estimations de 2002 aux chiffres de 1991, il apparaît que les dépenses publiques destinées à la politique antidrogue ont considérablement augmenté.

En Irlande, l'examen à mi-parcours de la stratégie antidrogue nationale, publié en juin 2005, reconnaît qu'«il est capital de mesurer les dépenses afin d'estimer le rapport coût/efficacité des différents éléments de la stratégie», et des travaux débiteront sous peu afin d'estimer les dépenses liées à la politique antidrogue. Au Portugal, l'Institut des drogues et des toxicomanies (IDT) finance des recherches en vue de mettre au point et de tester un modèle destiné à estimer le coût de l'usage abusif de drogue, et, en Belgique, le suivi d'une étude de 2004 consacrée aux dépenses publiques a été lancé à la fin de 2005. Bien qu'éparses, ces données intéressantes montrent que la recherche sur les dépenses liées à la drogue constitue un aspect de plus en plus important du programme politique de certains États membres.

## Nouveaux développements dans les programmes et la législation de l'Union européenne

### Plans d'action

Au niveau de l'UE, deux plans d'action ont été adoptés en 2005 et créent, directement ou indirectement, un nouveau cadre de référence pour le développement de la politique communautaire en matière de drogue pour les années à venir. Tout d'abord, après examen de la proposition de la Commission datant de février 2005 et compte tenu de l'évaluation finale de la stratégie antidrogue de l'UE et du plan d'action drogue de l'UE (2000-2004), le Conseil a approuvé le plan d'action drogue 2005-2008 de l'UE en juin 2005. Ce nouveau plan d'action suit la structure et les objectifs de la stratégie antidrogue 2005-2012 de l'UE et énumère une centaine d'actions spécifiques que l'UE et ses États membres devront mettre en œuvre avant la fin de 2008.

L'évaluation est une partie essentielle du nouveau plan d'action drogue de l'UE. Elle a été conçue comme un processus permanent, progressif et participatif. Elle est permanente parce que la Commission européenne, avec l'aide de l'OEDT et d'Europol, présentera des rapports

annuels d'avancement. L'exercice d'évaluation sera également progressif, dans la mesure où chaque rapport annuel d'avancement inscrira les résultats de l'année écoulée dans la perspective de l'année précédente. Enfin, le processus sera participatif, puisqu'il fera intervenir un groupe de pilotage chargé de définir la méthodologie et les résultats et d'établir un calendrier provisoire. À l'instar de l'évaluation du plan d'action de l'UE (2000-2004), le groupe de pilotage sera constitué de représentants des services compétents de la Commission, de l'OEDT et d'Europol, ainsi que de représentants des États membres. Des consultations seront également organisées avec des représentants de la société civile. À l'expiration du plan d'action drogue de l'UE pour la période 2005-2008, et pour la première fois au niveau européen, une évaluation d'impact sera entreprise en vue de proposer un nouveau plan d'action pour la période 2009-2012, qui prendra cette évaluation pour point de départ. Une évaluation finale de la stratégie et des plans d'action sera ensuite réalisée par la Commission en 2012.

Ce plan d'action drogue de l'UE constitue un volet du plan d'action destiné à mettre en œuvre le programme de La Haye, qui définit les objectifs à atteindre dans le domaine de la liberté, de la sécurité et de la justice dans l'Union européenne au cours de la période 2005-2010. Ce plan d'action a été présenté par la Commission en mai 2005 et approuvé par le Conseil en juin 2005.

Le plan d'action 2005-2008 de l'UE reflète l'approche équilibrée du phénomène de la drogue que suit l'UE, c'est-à-dire une approche pluridisciplinaire globale, qui envisage le problème sous tous ses angles: coordination, réduction de la demande, coopération internationale, information, recherche et évaluation.

### Réduction de l'offre de drogue

Dans le domaine de la réduction de l'offre de drogue, deux activités importantes de l'UE ont été l'entrée en vigueur, le 18 août 2005, de deux règlements adoptés en 2004 sur les précurseurs. Les contrôles des précurseurs chimiques sont un volet important de la réduction de l'offre dans la mesure où ces substances sont indispensables à la production de drogue. Les actions de l'UE dans ce domaine revêtent deux formes: tout d'abord, la réglementation du commerce de certaines substances entre l'UE et les pays tiers et, ensuite, la réglementation dans le marché intérieur.

Adopté en 1990 en vue de satisfaire aux dispositions de l'article 12 de la convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychoactives de 1988, qui traite du contrôle des précurseurs, le premier règlement définit les mesures à prendre afin de décourager le détournement de certaines substances en vue de la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychoactives (1). Il a été remplacé en décembre 2004 par un nouveau règlement doté d'un

(1) Règlement (CEE) n° 3677/90 du Conseil du 13 décembre 1990, JO L 357 du 20.12.1990, p. 1.

champ d'application élargi afin de lutter également contre la fabrication de drogues de synthèse <sup>(2)</sup>.

Une directive du Conseil <sup>(3)</sup> adoptée deux ans plus tard, en 1992, est venue compléter l'arsenal législatif et a établi les mesures correspondantes pour le marché intérieur (fabrication et mise sur le marché de certaines substances utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychoactives), y compris la mise en place de mesures de contrôle. Elle a été remplacée par un nouveau règlement adopté le 11 février 2004 <sup>(4)</sup>. À la suite de l'élargissement de l'UE, le législateur communautaire a décidé de remplacer la directive de 1992 par un règlement, étant donné que «chaque modification de cette directive et de ses annexes déclencherait des mesures nationales de mise en œuvre dans vingt-cinq États membres». Ce nouvel instrument établit des mesures harmonisées pour le contrôle et le suivi intracommunautaires de certaines substances fréquemment utilisées dans la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychoactives, afin d'éviter le détournement desdites substances. Il oblige notamment les États membres à arrêter les mesures nécessaires pour permettre aux autorités compétentes d'exercer leurs devoirs de contrôle et de suivi. En outre, un règlement portant modalités d'application de ces deux règlements est entré en vigueur le 18 août 2005 <sup>(5)</sup>.

Ces mesures relatives au contrôle des précurseurs complètent un autre volet important des actions de l'UE en matière de réduction de l'offre. Profitant des nouvelles opportunités offertes par le traité de Maastricht, l'UE a mis en place un cadre juridique afin de lutter contre le trafic de drogue et d'améliorer la coopération entre les services répressifs. Plusieurs actions communes ont été adoptées dans ce domaine depuis 1995-1996 et, plus récemment, une décision-cadre visant à harmoniser les sanctions minimales contre le trafic de drogue et une décision relative aux nouvelles substances psychoactives ont été adoptées (voir «Actions relatives aux nouvelles drogues», p. 55).

Outre ces instruments juridiques, un programme de coopération policière et judiciaire en matière pénale a été adopté et mis en œuvre. «Agis» est un programme-cadre destiné à favoriser la coopération entre la police, les autres agences concernées et le pouvoir judiciaire des États membres de l'UE et des pays candidats en matière pénale dans la lutte contre le crime organisé. Depuis 2003, ce programme a permis de financer de nombreux projets. La production et le trafic de drogue organisés au niveau international et le détournement de précurseurs de drogue sont cités parmi les secteurs d'activité et les sujets spécifiques du programme de travail «Agis» pour 2006 et dans l'appel de propositions (qui a pris fin en janvier 2006).

## Blanchiment de capitaux et confiscation de biens

Certaines modifications ont également été apportées à des instruments juridiques relatifs au blanchiment d'argent et à la confiscation de biens. La directive 91/308/CEE relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux <sup>(6)</sup>, adoptée en 1991 au titre de la base juridique du marché intérieur et modifiée en 2001, tentait de rapprocher les législations des États membres en la matière. L'une des raisons de l'adoption de cette directive était d'éviter que l'absence de dispositions communautaires contre le blanchiment de capitaux ne puisse conduire des États membres à adopter des mesures protectionnistes de nature à retarder la création et l'achèvement du marché intérieur. En juin 2004, la Commission a proposé une nouvelle directive poursuivant le même objectif, mais incluant également le financement du terrorisme. Il a été jugé trop restrictif de réduire le champ d'application de la directive aux produits du trafic de drogue, et la Commission a proposé d'étendre la gamme des délits couverts. Cette nouvelle directive, adoptée en octobre 2005, définit précisément les délits graves et couvre le blanchiment des produits de ces délits, y compris le financement d'activités terroristes.

Une décision-cadre relative à la confiscation des produits, des instruments et des biens en rapport avec le crime a été adoptée par le Conseil le 24 février 2005. Elle tend à garantir que tous les États membres adoptent des règles efficaces en matière de confiscation des instruments et des produits des crimes passibles d'une peine d'emprisonnement supérieure à un an de prison. Il existait une législation communautaire dans ce domaine, mais elle était jugée insuffisante. Cette nouvelle décision-cadre vise à atteindre une coopération transfrontalière efficace en matière de confiscation. La procédure de confiscation est étendue à d'autres biens liés à la criminalité dès lors que le délit a été commis dans le cadre d'une organisation criminelle et qu'il est couvert par l'une des autres décisions-cadres de l'UE. Parmi celles-ci figure la décision-cadre 2004/757/JAI, qui établit les dispositions minimales relatives aux éléments constitutifs des infractions pénales et des sanctions applicables dans le domaine du trafic de drogue. Les États membres doivent adopter les mesures nécessaires pour se conformer aux dispositions de cette décision-cadre avant le 15 mars 2007.

## Santé publique

La réduction de la demande fait partie intégrante de l'approche équilibrée suivie par l'UE en matière de lutte contre la drogue. Dans le cadre de la mise en œuvre du programme d'action communautaire de santé publique 2003-2008, la Commission européenne a choisi en

<sup>(2)</sup> Règlement (CE) n° 111/2005 du Conseil du 22 décembre 2004, JO L 22 du 26.1.2005, p. 1.

<sup>(3)</sup> Directive 92/09/CEE du Conseil du 14 décembre 1992, JO L 370 du 19.12.1992, p. 76.

<sup>(4)</sup> Règlement (CE) n° 273/2004 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2004, JO L 47 du 18.2.2004, p. 1.

<sup>(5)</sup> Règlement (CE) n° 1277/2005 de la Commission du 27 juillet 2005, JO L 202 du 3.8.2005, p. 7.

<sup>(6)</sup> Directive 91/308/CEE du Conseil du 10 juin 1991 relative à la prévention de l'utilisation du système financier aux fins du blanchiment de capitaux, JO L 166 du 28.6.1991, p. 77 à 83.

2005 de financer une série de projets liés à la drogue et visant à «promouvoir la santé et à prévenir les maladies en intégrant des facteurs déterminants de la santé dans toutes les politiques et les actions de l'UE». Le premier projet financé dans le secteur de la drogue, baptisé «EU-Dap 2», est l'évaluation de l'efficacité du programme de prévention en milieu scolaire «EU-Dap», qui vise à réduire la consommation de tabac, d'alcool et de drogue à long terme. Le deuxième projet, IATPAD, a pour but d'améliorer l'accès au traitement pour les personnes connaissant des problèmes liés à l'alcool et à la drogue. D'autres projets horizontaux traitent, par exemple, de la prévention de la toxicomanie et devraient également être cofinancés, comme le projet «PEER-Drive clean!», qui est un projet novateur visant les jeunes âgés de 18 à 24 ans et destiné à les empêcher de conduire lorsqu'ils sont sous l'influence d'alcool ou de drogue. Ces projets ont été sélectionnés et devraient recevoir un cofinancement à condition que les procédures négociées avec la Commission européenne aboutissent et que l'accord de financement soit signé (7).

### Règlement relatif à l'OEDT

Enfin, le 31 août 2005, la Commission a adopté une nouvelle proposition relative à la refonte du règlement fondateur de l'OEDT. Ce nouveau règlement est un instrument important qui facilitera le travail de l'OEDT en raison des nouvelles tâches qu'il définit. Il permet en particulier à l'OEDT de tenir compte des nouveaux modes de consommation de drogue et des tendances émergentes dans la polyconsommation de drogues, y compris l'usage combiné de substances psychoactives licites et illicites, de développer des outils et des instruments afin d'aider les États membres et l'UE à surveiller et à évaluer leurs politiques et leurs stratégies antidrogue, et de coopérer avec des pays tiers, comme les pays candidats à l'adhésion à l'UE ou les pays de l'ouest des Balkans. Il contient également plusieurs modifications relatives au comité scientifique et au conseil d'administration. Conformément à l'article 152 du traité, ce texte doit maintenant être adopté par le Parlement et le Conseil selon la procédure de codécision.

### Nouvelles législations nationales

Quelques pays ont modifié en profondeur leur législation antidrogue au cours de la période considérée en ce qui concerne les délits liés à la possession et au trafic de drogue et les sanctions correspondantes.

En Roumanie, une nouvelle loi et un nouveau code pénal ont introduit une distinction entre les crimes et les infractions (les infractions étant désormais passibles essentiellement de travaux d'intérêt général et d'amendes journalières), entre les usagers et les toxicomanes et entre les drogues à faible risque et celles à risque élevé. Il est aujourd'hui possible d'exempter l'auteur de la sanction et de reporter l'exécution de la peine en cas d'infractions à la législation antidrogue. Le traitement des toxicomanes s'inscrit désormais

dans un programme intégré d'assistance, supervisé par un gestionnaire de dossier. Les peines d'emprisonnement ont été renforcées pour les délits liés à la fourniture d'un lieu pour consommer de la drogue, à la tolérance de l'usage de drogue dans ledit lieu ou à son encouragement. Les peines ont également été augmentées pour l'administration illicite de drogues à haut risque à une personne et pour la fourniture à des mineurs de produits chimiques toxiques à inhaler.

En Bulgarie, la nouvelle loi sur le contrôle des stupéfiants et des précurseurs a été adoptée en juin 2004. Cet instrument confie à des organes publics le contrôle des procédures réglementaires en matière de drogue, l'application des mesures de lutte contre la toxicomanie et le trafic de drogue ainsi que la recherche. Un amendement supplémentaire a supprimé la non-responsabilité pénale des toxicomanes lorsqu'ils sont trouvés en possession d'une seule dose (voir plus loin).

En Slovaquie, le nouveau code pénal redéfinit les délits de possession de drogue pour usage personnel et pour le trafic. Contrairement au délit antérieur de possession de drogue pour usage personnel (défini comme la possession d'une seule dose), l'article 171 instaure deux délits de possession de drogue pour usage personnel, en fonction du nombre de doses détenues (voir plus loin pour les détails). Ces délits sont également passibles de deux nouvelles sanctions distinctes: maintien en résidence surveillée ou travaux d'intérêt général. La possession de plus de dix doses doit être punie conformément à l'article 172, qui prévoit des peines de prison allant de quatre ans à l'emprisonnement à vie, compte tenu de circonstances aggravantes. En outre, l'âge de la responsabilité pénale a été abaissé de 15 à 14 ans.

En Lituanie, la manipulation de drogue dans l'intention de la revendre ne peut plus être punie d'une peine d'emprisonnement de quatre-vingt-dix jours en cellule policière. Ce délit est désormais passible d'une peine minimale beaucoup plus sévère, à savoir l'emprisonnement, même si la peine minimale est passée de cinq à deux ans. La peine maximale pour le vol d'une grande quantité de drogue ou le vol par un groupe organisé a été portée à quinze ans.

En Italie, des modifications ont été récemment apportées à la loi (février 2006) afin de reclasser les drogues en deux groupes majeurs au lieu de six (toutes les substances n'ayant pas d'utilisation thérapeutique sont regroupées, ce qui supprime toute notion de drogue dure et de drogue douce). Un seuil a été défini entre l'usage personnel et le trafic, les sanctions ont été revues pour inclure le maintien en résidence surveillée et les travaux d'intérêt général, et les alternatives à l'emprisonnement ont été renforcées. En outre, tous les consommateurs de drogue ont désormais le droit de choisir librement le type et le lieu de traitement et l'institution qui atteste leur statut de toxicomane, des services qui ne sont plus exclusivement proposés par le secteur public.

Au Royaume-Uni, le Drugs Act de 2005 a apporté une série de modifications importantes à la législation nationale,

(7) Pour plus d'informations, voir [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm)

notamment en précisant la classification des champignons contenant de la psilocine ou de la psilocybine comme drogue de catégorie A, en introduisant la présomption d'intention de vendre lorsqu'une quantité donnée de drogues contrôlées est trouvée, en autorisant la police à faire passer des tests de dépistage aux délinquants arrêtés et sous l'emprise de drogue, plutôt qu'une fois inculpés, en demandant aux personnes dont le test est positif de se soumettre à une analyse de leur consommation de drogue et en demandant aux tribunaux de tenir compte de circonstances aggravantes (comme la fourniture de drogue aux abords d'une école) lorsqu'ils fixent la peine. Les tribunaux peuvent également imposer le maintien en garde à vue pendant huit jours (contre quatre précédemment) de toute personne ayant avalé des sachets de drogue, et un tribunal ou un jury peut désormais tirer des conclusions du fait qu'une personne refuse de subir une fouille corporelle ou de passer au scanner sans motif valable.

De manière générale, on observe dans toute l'Europe une tendance à la réduction ou à la suppression des peines de prison pour les délits liés à la possession de drogue pour usage personnel et, parallèlement, à un renforcement des peines pour les délits liés à la fourniture de drogue <sup>(8)</sup>.

### Quantités

Au cours de la période considérée, plusieurs pays ont légiféré sur les quantités minimales de drogue que peut détenir une personne.

En Belgique, à la suite de l'annulation par le Conseil d'État de l'article 16 de la loi de 2003, une nouvelle directive commune du ministre de la justice et du parquet réglemente les infractions relatives au cannabis. Cette directive prévoit que la possession par un adulte d'une petite quantité de cannabis pour usage personnel (pas plus de 3 grammes ou un plant) doit simplement entraîner un rapport de police, en l'absence de circonstances aggravantes.

En Slovaquie, la quantité joue un rôle essentiel dans le nouveau code pénal sur les délits liés à la drogue. L'article 171 établit deux délits pour la possession de drogue à des fins de consommation personnelle: la possession de trois doses ou moins peut être punie d'un emprisonnement de trois ans au maximum, alors qu'une peine de prison pouvant atteindre cinq ans peut être infligée pour la possession d'une «quantité plus importante» (10 doses au maximum). La possession de quantités supérieures relève de l'article 172. Celui-ci prévoit une peine d'emprisonnement comprise entre quatre et dix ans en l'absence de circonstances aggravantes et de peines allant de dix à quinze ans de prison pour possession d'une quantité supérieure de drogue [d'une valeur de revente dans la rue supérieure à 10 fois le montant de base de 8 000 couronnes slovaques

(SKK), soit 200 euros environ], de quinze à vingt ans pour la possession de drogue à grande échelle (soit plus de 100 fois le montant de base) et de vingt à vingt-cinq ans ou l'emprisonnement à vie pour la possession de drogue à très grande échelle (soit plus de 500 fois le montant de base).

Entre 2002 et 2005, l'institut allemand Max Plancke a évalué l'article 31a de la loi allemande sur les stupéfiants, qui permet de supprimer les poursuites dans certaines circonstances pour le délit de possession de «quantités insignifiantes» de drogue. L'évaluation a conclu que, dans la pratique, la mise en œuvre de l'article 31a de la loi varie sensiblement dans les seize Länder allemands, en partie du fait des interprétations différentes données au terme «insignifiant» (Schäfer et Paoli, 2006). En mars 2005, le Land de Berlin a révisé ses «lignes directrices sur le cannabis», selon lesquelles la possession de 10 grammes de cannabis au maximum n'entraîne pas de poursuites si certaines conditions sont remplies. Cette quantité peut passer à 15 grammes dans certains cas.

Le ministre lituanien de la santé a modifié les recommandations sur ce qu'il convient de considérer comme des quantités petites, grandes et très grandes de stupéfiants et de substances psychoactives et a redéfini ces quantités.

Le Drugs Act britannique de 2005 contient désormais la présomption d'intention de vente lorsqu'une quantité donnée de drogues contrôlées est trouvée, les quantités en question étant définies dans les règlements adoptés au printemps 2006.

En Bulgarie, l'amendement et la loi supplémentaire sur le nouveau code pénal (SG 26/04) abolit l'article 354a (3), qui libérait les toxicomanes de toute responsabilité pénale s'ils étaient trouvés en possession d'une seule dose. Les difficultés liées à la détermination de la quantité d'une dose unique et des preuves montrant que les trafiquants de drogue avaient abusé de cette exemption devant les tribunaux ont été à l'origine de la suppression de cette disposition.

En Italie, les modifications entrées en vigueur en février 2006 imposent de nouvelles limites quantitatives pour déterminer la différence entre la consommation personnelle et le trafic, en fonction de la quantité de principe actif de la substance, ces limites ayant été supprimées en 1993. Les limites sont précisées dans un décret du ministère de la santé daté d'avril 2006.

Ainsi que l'a montré l'étude de l'European Legal Databases on Drugs (ELDD) <sup>(9)</sup>, le facteur quantitatif a une importance variable dans la législation antidrogue. Ainsi, dans certains pays (comme la Slovaquie), les quantités qui déterminent certains délits sont strictement définies, tandis que dans d'autres, comme le Royaume-Uni, les quantités sont des indications qui aboutissent à une présomption d'intention

<sup>(8)</sup> Voir rapport annuel 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/fr/page013-fr.html>). Voir aussi le document thématique de l'OEDT intitulé «Illicit drug use in the EU: legislative approaches» (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

<sup>(9)</sup> Voir «The role of the quantity in the prosecution of drug offences», un rapport juridique de l'ELDD, et le tableau 1 du document thématique de l'OEDT intitulé «Illicit drug use in the EU: legislative approaches», tous deux accessibles à l'adresse: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>.



contestable. Les quantités peuvent également distinguer les délits (comme la possession ou la fourniture de drogue) ou déterminer la sanction pour un même délit. Bien que de nombreux pays mentionnent une quantité dans leur législation, celle-ci peut être définie de différentes manières (poids, valeur marchande) ou pas du tout. Les dernières mesures prises en Italie et en Bulgarie, qui sont apparemment contradictoires, continuent à mettre en lumière le fait qu'il n'existe pas de consensus européen clair sur la question.

### Statistiques relatives aux sanctions

Plusieurs pays ont mis en place ou discuté du suivi des sanctions infligées aux auteurs de délits liés à la drogue, et, dans certains cas, les résultats de ce suivi ont déjà abouti à des mesures.

En Irlande, la création d'une unité centrale sur les statistiques criminelles a été approuvée afin de contrôler les statistiques sur les arrestations, les poursuites et la nature des sanctions infligées, conformément à la stratégie antidrogue nationale.

La loi allemande sur les stupéfiants autorise, dans certaines circonstances, le parquet à cesser les poursuites pour détention de drogue sans passer par le tribunal. Malgré les recommandations et les lignes directrices en la matière, les réglementations diffèrent considérablement selon les Länder. L'étude susvisée sur ces différences a été menée à la demande du ministère de la santé et a analysé les sanctions dans plus de 1 800 dossiers provenant de six Länder différents (Schäfer et Paoli, 2006).

Dans certaines provinces autrichiennes, des tentatives ont été menées pour harmoniser l'application des articles 12 et 35(4) de la loi sur les stupéfiants, qui instaure des procédures simplifiées de retrait d'une déclaration à la police en cas d'achat ou de possession de petites quantités de cannabis. D'autres statistiques sur les sanctions ont montré que le renoncement aux déclarations en tant qu'alternative légale à la sanction s'est développé en 2004, bien que les rapports de police et les condamnations se soient maintenus à la hausse, tandis que le nombre de procédures suspendues a légèrement reculé.

En Roumanie, les statistiques relatives aux condamnations par les tribunaux ont été étudiées afin de vérifier le succès de la politique de réinsertion sociale des usagers de drogue qui commettent des délits autres que la consommation de drogue. Dans la majorité des cas, la peine consistait en la suspension de la sanction sous surveillance. Depuis 2004, on constate que les tribunaux ont imposé moins souvent des traitements obligatoires, réduisant effectivement la participation des services de probation et, partant, leur contribution à la réinsertion sociale des usagers de drogue.

Les statistiques sur les peines ou l'évitement de sanction dressent un tableau beaucoup plus précis de l'application de la politique antidrogue d'un pays que les textes de loi (voir OEDT, 2002a). Bien que tous les États membres n'élaborent pas de statistiques exhaustives sur les sanctions, contrairement aux statistiques sur les arrestations, les États commencent à manifester un intérêt accru pour le contrôle de la mise en œuvre, ce qui va dans le sens de la tendance à l'évaluation des instruments de la politique <sup>(10)</sup>. La question de la collecte de données et de l'analyse des statistiques relatives aux sanctions a été abordée par l'OEDT dans le cadre d'une réunion d'experts en 2006.

### Criminalité liée à la drogue

L'action 25.1 du plan d'action drogue de l'Union européenne (2005-2008) prévoit l'adoption d'une définition commune de l'expression «criminalité liée à la drogue», fondée sur une proposition de la Commission sur la base des études existantes à présenter par l'OEDT.

Bien qu'il n'existe pas encore de définition commune de la criminalité liée à la drogue, elle est généralement considérée comme couvrant les crimes et délits commis sous l'influence de la drogue, ceux commis pour financer la consommation de drogue, ceux commis dans le cadre du fonctionnement des marchés illicites de la drogue et les infractions à la législation antidrogue. Dans l'UE, seules des données de routine sur ce dernier type de criminalité, à savoir les infractions à la législation antidrogue, sont disponibles.

Les données sur les trois premiers types de crimes et délits sont rares ou éparpillées. Certaines proviennent d'études locales spécifiques, au départ desquelles il est malaisé de procéder à des extrapolations, tandis que d'autres ne concernent qu'un type spécifique de criminalité liée à la drogue.

Les données relatives aux «cas signalés» <sup>(11)</sup> d'infractions à la législation antidrogue sont disponibles dans tous les pays d'Europe couverts dans le présent rapport annuel. Elles reflètent les divergences entre les législations nationales, mais aussi les différentes façons dont les législations sont appliquées et les différences dans les priorités et les ressources allouées aux instances chargées de la répression pour lutter contre des délits spécifiques. En outre, on observe des variations entre les systèmes d'information nationaux sur les infractions à la législation antidrogue, notamment en matière de pratiques de déclaration et de recensement, c'est-à-dire ce qui est enregistré, quand et comment. Du fait que ces divergences rendent assez difficiles les comparaisons directes entre pays de l'UE <sup>(12)</sup>, il est plus approprié de comparer des tendances plutôt que des chiffres absolus.

Au cours de la période quinquennale comprise entre 1999 et 2004, le nombre de «cas signalés» d'infractions à la

<sup>(10)</sup> Voir «National policies: evaluation of laws» (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/fr/page021-fr.html>).

<sup>(11)</sup> L'expression «cas signalés» d'infractions à la législation antidrogue est mise entre guillemets parce qu'elle couvre des concepts différents selon les pays. Pour une définition précise pour chaque pays, consulter les notes méthodologiques sur les infractions à la législation antidrogue du bulletin statistique 2006.

<sup>(12)</sup> Pour un examen plus complet des questions méthodologiques, voir les notes méthodologiques sur les infractions à la législation antidrogue du bulletin statistique 2006.

### Rapports sur le lien entre la drogue et la criminalité

En 2005, en République tchèque, le siège régional de la police a participé à une enquête sur la criminalité liée à la drogue pour la deuxième année consécutive. Selon les estimations, en 2004, environ 62 % des délits liés à la distribution ou à la production de drogue, 25 % des délits de fraude, 21 % des crimes impliquant le détournement de fonds ou de biens et 20 % des vols ordinaires ont été commis par des usagers de drogue pour financer leur propre consommation (rapport national tchèque).

Une enquête réalisée en 2004 en Finlande auprès des 15-16 ans a montré que près de 7 % de ceux qui avaient pris du cannabis au cours de la dernière année avaient financé leur consommation de manière illégale, plus de la moitié d'entre eux par la revente de drogue et les autres essentiellement par le vol (Kivivuori e.a., 2005, cité dans le rapport national finlandais).

En Irlande, deux études conduites par la Garda Research Unit en 1996 et en 2000-2001 auprès d'un échantillon d'usagers de drogue connus des services de police ont estimé que les usagers de drogue étaient responsables de 66 % des actes criminels recensés en 1996 et de 28 % en 2000-2001 (Keogh, 1997; Furey et Browne, 2003, cités dans le rapport national irlandais). L'enquête de 2000-2001 a conclu que les usagers d'opiacés étaient responsables de 23 % des vols simples recensés et de 37 % des cambriolages.

législation antidrogue a augmenté dans la plupart des États membres de l'UE [en fait, dans tous les pays déclarants, à l'exception de l'Italie et du Portugal, avec des hausses particulièrement marquées — doublement, voire plus — en Estonie, en Lituanie <sup>(13)</sup>, en Hongrie <sup>(14)</sup> et en Pologne]. En 2004, cette tendance à la hausse s'est confirmée dans la plupart des pays déclarants <sup>(15)</sup>, bien qu'un petit nombre de pays aient fait état d'un recul au cours de l'année précédente [République tchèque, Grèce, Lettonie, Luxembourg, Portugal, Slovénie (depuis 2001), Slovaquie, Bulgarie et Finlande <sup>(16)</sup>].

Dans la plupart des États membres de l'UE, la majeure partie des cas signalés d'infractions à la législation antidrogue <sup>(17)</sup> concernent l'usage de drogue ou la possession pour consommation <sup>(18)</sup>, allant de 61 % de toutes les infractions à la législation antidrogue en Pologne

en 2004 à 90 % en Autriche. En République tchèque, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Turquie, la plupart des infractions à la législation antidrogue qui ont été rapportées ont trait à la vente ou au trafic de drogue, le pourcentage variant de 48 % de tous les délits liés à la drogue au Luxembourg à 93 % en République tchèque.

Au cours de la même période quinquennale, le nombre de délits pour usage/possession pour consommation a généralement progressé dans tous les pays déclarants, à l'exception de l'Italie, du Portugal, de la Slovénie, de la Bulgarie et de la Turquie, qui ont enregistré une tendance à la baisse <sup>(19)</sup>. La part de ces délits dans l'ensemble des infractions à la législation antidrogue a également augmenté dans la plupart des pays déclarants au cours de la période considérée, bien que le rythme de la hausse soit généralement faible, hormis à Chypre, en Pologne et en Finlande, où des tendances plus marquées à la hausse ont été mentionnées. Toutefois, au Luxembourg, au Portugal, en Bulgarie et en Turquie, la proportion des délits liés à l'usage/possession pour consommation a globalement baissé <sup>(20)</sup>.

Dans la plupart des États membres, le cannabis est la substance illicite le plus souvent impliquée <sup>(21)</sup> dans les infractions signalées au titre de la législation antidrogue <sup>(22)</sup>. Dans les pays où c'est le cas, les délits liés au cannabis ont représenté en 2004 entre 34 et 87 % de toutes les infractions à la législation antidrogue. En République tchèque et en Lituanie, les délits liés aux amphétamines ont dominé, avec, respectivement, 50 et 31 % des infractions à la législation antidrogue, tandis qu'au Luxembourg, la cocaïne est la substance la plus citée (dans 43 % des infractions à la législation antidrogue).

Entre 1999 et 2004, le nombre de «cas signalés» d'infractions à la législation antidrogue impliquant du cannabis a globalement augmenté dans la plupart des pays déclarants, tandis que des baisses sont apparues en Italie et en Slovénie <sup>(23)</sup>. Au cours de la même période, le pourcentage de délits liés à la drogue et impliquant du cannabis a augmenté en Allemagne, en Espagne, en France, en Lituanie, au Luxembourg, au Portugal, au Royaume-Uni et en Bulgarie, alors qu'il est globalement resté stable en Irlande et aux Pays-Bas et a connu un recul en Belgique, en Italie, en Autriche, en Slovénie et en

<sup>(13)</sup> En Lituanie, la hausse est due à l'entrée en vigueur en mai 2003 du nouveau code de procédure pénale.

<sup>(14)</sup> En Hongrie, la hausse est essentiellement due à une modification du code pénal et de la procédure pénale.

<sup>(15)</sup> Les données sur les «cas signalés» d'infractions à la législation antidrogue sont disponibles, pour la période 1999-2004, dans tous les pays (bien que pas nécessairement pour chaque année), à l'exception de Chypre, de la Slovaquie, de la Bulgarie, de la Roumanie, de la Turquie et de la Norvège; et, pour 2004, dans tous les pays, à l'exception de l'Irlande, du Royaume-Uni et de la Norvège.

<sup>(16)</sup> Voir tableau DLO-1 et graphique DLO-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(17)</sup> Des ventilations par type de délit sont disponibles dans tous les pays (bien que pas nécessairement pour chaque année entre 1999 et 2004) à l'exception du Danemark, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie, de la Hongrie, de la Slovaquie et de la Roumanie.

<sup>(18)</sup> Voir tableau DLO-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(19)</sup> Voir tableau DLO-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(20)</sup> Voir tableau DLO-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(21)</sup> Des ventilations par substances des infractions à la législation antidrogue étaient disponibles pour tous les pays (bien que pas nécessairement pour chaque année entre 1999 et 2004), à l'exception du Danemark, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Hongrie, de la Finlande, de la Roumanie et de la Norvège.

<sup>(22)</sup> Voir tableau DLO-3 du bulletin statistique 2006.

<sup>(23)</sup> Voir tableau DLO-2 du bulletin statistique 2006.

Suède <sup>(24)</sup>. Bien que le cannabis soit prédominant dans les délits liés à l'usage ou à la possession de drogue dans tous les pays déclarants (à l'exception de la République tchèque et de la Bulgarie et, pendant quelques années, de la Belgique) par rapport aux autres infractions à la législation antidrogue, la proportion de délits liés à l'usage de cannabis a baissé depuis 1999 dans plusieurs pays — Italie, Chypre (2002-2004), Autriche, Slovaquie et Turquie (2002-2004) — et a chuté au cours de la dernière année (2003-2004) dans la plupart des pays déclarants, ce qui semble indiquer que les autorités répressives de ces pays ciblent moins les consommateurs de cannabis <sup>(25)</sup>.

Au cours de la même période de cinq ans, le nombre de «cas signalés» et/ou le pourcentage de délits liés à

l'héroïne ont reculé dans la plupart des pays déclarants, à l'exception de la Belgique, de l'Autriche, de la Slovaquie et de la Suède, qui ont fait état d'une tendance à la hausse du nombre de «cas signalés» impliquant l'héroïne <sup>(26)</sup> et/ou du pourcentage de délits liés à l'héroïne <sup>(27)</sup>.

La tendance inverse a été observée pour les délits liés à la cocaïne. Ainsi, tant en ce qui concerne le nombre de «cas signalés» <sup>(28)</sup> que le pourcentage par rapport à l'ensemble des délits liés à la drogue <sup>(29)</sup>, les délits liés à la cocaïne se sont multipliés dans la plupart des pays déclarants depuis 1999. La Bulgarie est le seul pays à faire état d'une réduction des délits liés à la cocaïne (en termes tant de nombre que de pourcentage par rapport à l'ensemble des délits liés à la drogue).

### «Politiques antidrogue européennes: aller au-delà des drogues illicites?», dans *Rapport annuel 2006 de l'OEDT — Questions particulières*

En Europe, la portée des politiques antidrogue commence à s'étendre au-delà des drogues illicites et à englober d'autres substances engendrant une dépendance ou des comportements similaires. Cette tendance transparaît dans les politiques antidrogue de certains États membres et dans les stratégies antidrogue de l'Union européenne. La recherche se penche de plus en plus sur la question de la toxicomanie ou des comportements de dépendance, quelle que soit la substance concernée. La question particulière consacrée à l'attention croissante accordée aux substances licites ou à la toxicomanie proprement dite dans les stratégies nationales sur les drogues illicites ou dans les politiques

nationales a pour objet de donner un premier aperçu de ce phénomène émergent dans l'Union européenne.

Bien que les stratégies antidrogue ne fassent pas toujours référence aux drogues licites ou aux dépendances à des substances licites, la question particulière conclut que les programmes de prévention et, dans certains pays, les mesures de traitement s'appliquent tant aux drogues licites qu'aux drogues illicites et visent en priorité les enfants et les jeunes. Une intégration progressive, institutionnelle ou stratégique, des drogues licites dans la politique et les mesures de lutte contre les drogues illicites semble de plus en plus courante.

Cette question particulière est disponible sur support papier («European drug policies: extended beyond illicit drugs?», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) et sur l'internet en version anglaise uniquement (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(24)</sup> Voir tableau DLO-6 du bulletin statistique 2006.

<sup>(25)</sup> Voir graphique DLO-3 du bulletin statistique 2006.

<sup>(26)</sup> Voir graphique DLO-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(27)</sup> Voir tableau DLO-7 du bulletin statistique 2006. Il est à noter que, en Suède, le pourcentage de délits liés à l'héroïne a baissé entre 1999 et 2003.

<sup>(28)</sup> Voir graphique DLO-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(29)</sup> Voir tableau DLO-8 du bulletin statistique 2006.



## Chapitre 2

# Réponse au phénomène de la drogue en Europe — Vue d'ensemble de la situation

### Prévention

Les expériences rapportées par certains États membres laissent entendre que les actions de prévention de l'usage de drogue au niveau individuel peuvent se révéler plus efficaces lorsqu'elles sont soutenues par des politiques réglementaires sur les drogues licites, capables de limiter l'accès des jeunes à ces substances et de réduire leur acceptabilité sociale. En conséquence, les stratégies de prévention environnementale portant sur le cadre normatif et culturel de la consommation de drogue gagnent du terrain dans différentes régions d'Europe, soutenues par les premières mesures prises à l'échelle de l'UE, à savoir la directive relative à la publicité pour le tabac et la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le contrôle du tabac (voir la section sur les stratégies de prévention environnementale dans la question particulière consacrée à l'usage de drogue dans les lieux de divertissement).

Les campagnes médiatiques sont de plus en plus considérées comme jouant un rôle de sensibilisation (pour sous-tendre, soutenir et expliquer au grand public les raisons sous-jacentes des stratégies environnementales) plutôt que comme un facteur susceptible d'induire un changement de comportement. À cet égard, une étude allemande récente de la littérature internationale (Bühler et Kröger, 2005, étude citée dans le rapport national allemand) recommande que les campagnes médiatiques soient utilisées à titre de mesure de soutien et non comme une mesure unique destinée à provoquer des changements de comportement.

### Prévention de la santé publique

Alors que la promotion de la santé, en tant que condition essentielle de la prévention, tend à encourager les gens à adopter des modes de vie sains et à créer des conditions de vie saines pour tous, la nouvelle expression «prévention de la santé publique» est de plus en plus répandue dans certains États membres (Italie, Pays-Bas, Slovaquie) et en Norvège. La prévention de la santé publique couvre un éventail de mesures de prévention destinées à améliorer la santé des groupes vulnérables de la société, et la prévention de l'usage de drogue en est un des éléments. Ces mesures sont particulièrement adaptées aux besoins des jeunes, dont les comportements à problème, y compris l'usage de drogue, sont fortement conditionnés par la vulnérabilité (sociale et personnelle) et par les conditions de vie. De ce

fait, dans la mesure où des stratégies de prévention sélective et spécifique visent les situations sociales et personnelles à risques, elles sont naturellement liées à d'autres politiques de santé publique orientées vers les jeunes (stratégies relatives à la santé mentale des adolescents et aux troubles du comportement, troubles de déficit de l'attention, etc.), aux politiques sociales (création d'espaces de loisirs et soutien des jeunes vulnérables ou des familles déshéritées), aux politiques éducatives (réduction de l'abandon scolaire), etc. La prévention de la santé publique vise donc l'ensemble des facteurs de vulnérabilité qui entrent en compte pour lutter contre les problèmes de drogue en faisant participer des services et des secteurs qui, par défaut, n'aborderaient pas les choses sous l'angle de la drogue.

### Prévention universelle en milieu scolaire

Les approches de prévention fondées sur des programmes se multiplient dans le cadre de la prévention en milieu scolaire. La prévention fondée sur un programme implique la transmission d'un message standardisé en un nombre déterminé de séances et au contenu rigoureusement défini, ainsi que du matériel détaillé destiné aux enseignants et aux élèves. Cette approche facilite le suivi et l'évaluation et renforce la précision, la similitude et la cohérence des interventions pour aboutir à un produit de qualité. C'est pourquoi un nombre croissant d'États assurent désormais le suivi des actions de prévention en milieu scolaire (République tchèque, Grèce, Espagne, Irlande, Italie, Chypre, Hongrie, Pays-Bas et Royaume-Uni). Le premier essai européen de prévention de la toxicomanie jamais organisé en Europe ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) a donné des résultats prometteurs. Financé par la Commission européenne, ce projet a été mis en œuvre et fait l'objet d'une évaluation croisée dans 7 pays, 9 centres régionaux et 143 écoles et a porté sur 7 000 élèves (3 500 dans un groupe d'essai et 3 500 dans un groupe de contrôle). L'EU-Dap rapporte que, par comparaison avec le groupe de contrôle, les élèves du groupe d'essai avaient une probabilité inférieure de 26 % de fumer chaque jour, une probabilité inférieure de 35 % d'être ivre fréquemment et une probabilité inférieure de 23 % de consommer du cannabis. Une étude comparable fondée sur un programme est le projet «Blueprint» au Royaume-Uni <sup>(30)</sup>. Par ailleurs, une plus grande attention est désormais accordée à une orientation technique plus stricte et à une meilleure couverture de la mise en œuvre de la prévention en milieu scolaire (en France et en Irlande, par exemple).

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

## La police à l'école

Le rôle de la police dans la prévention en milieu scolaire est un sujet controversé. En Belgique, la Communauté française recommande qu'une politique de prévention et de promotion de la santé soit appliquée par les autorités scolaires et que les forces de police n'interviennent pas dans les programmes de prévention. Au Royaume-Uni également, un document stratégique (ACPO Drugs Committee, 2002) recommande que les services de police n'interviennent que dans leurs domaines spécialisés (sécurité, infractions, maintien de l'ordre) et ne s'engagent pas dans l'éducation en matière de drogue. Suivant la même approche, le Portugal continue d'appliquer un programme de police de proximité baptisé «Escola Segura» (école sûre). Au cours de l'année scolaire 2004/2005, 320 officiers de police ont été spécifiquement affectés à un établissement scolaire dans le but de mettre en place une police de proximité et de dissuader les jeunes de commettre des délits, de jour comme de nuit. En France, des experts formés par les services répressifs pour assurer la liaison avec les jeunes ou les adultes se rendent, sur demande, dans les écoles ou dans d'autres services. Cependant, en dépit des recommandations préconisant que l'éducation en matière de drogue ne soit pas dispensée par des officiers de police en uniforme, étant donné que cela pourrait parfois être contre-productif, les actions menées par les services de police en milieu scolaire sont encore courantes dans plusieurs États membres.

## Prévention sélective

L'approche de prévention sélective ayant été reconnue et s'étant développée dans la plupart des États membres, elle vise de plus en plus les groupes vulnérables. Ainsi, l'Allemagne, la Grèce, le Luxembourg, l'Autriche, la Finlande et le Royaume-Uni font état de programmes ciblés pour les jeunes délinquants.

Plusieurs pays (comme la Pologne et la Slovaquie) ont commencé à mettre l'accent sur les groupes vulnérables. En Suède, la hausse d'activité la plus remarquable par rapport aux années précédentes concerne des programmes visant des enfants vulnérables en âge préscolaire et des enfants scolarisés ayant des comportements d'externalisation. Le nombre de municipalités appliquant ces programmes a presque doublé. En outre, la Norvège élabore une stratégie nationale d'intervention précoce pour lutter contre la consommation problématique d'alcool et de drogue, et les efforts de prévention porteront essentiellement sur les groupes à risques. Des approches non fondées sur l'abstinence sont efficaces pour réduire non seulement la consommation mais également l'initiation au sein des groupes où l'usage de drogue a déjà commencé. C'est ainsi que la Pologne met en œuvre un programme national destiné à modifier le comportement par rapport à la drogue des enfants vulnérables ou des enfants qui en sont aux premiers stades de la consommation de drogue. L'objectif spécifique du programme polonais consiste à aider la

famille à résoudre les problèmes de drogue. À cet égard, il est utile que la notion de prévention sélective ne soit pas axée sur l'usage de drogue et ne le stigmatise pas. Il doit, en revanche, être axé sur la vulnérabilité au sens large.

Les États membres sont de plus en plus nombreux à préciser que leurs politiques de prévention sélective ciblent des groupes ethniques spécifiques, quatre pays (Belgique, Allemagne, Italie et Luxembourg) faisant état de nouveaux projets dans ce domaine. En Italie, la priorité de nombreux projets consiste aujourd'hui à protéger les enfants, les mères et les familles d'immigrants ou les membres de minorités ethniques. Le Luxembourg indique qu'une attention particulière est accordée aux jeunes et à la principale communauté d'immigrants, en insistant sur les spécificités linguistiques et socioculturelles.

## Prévention sélective en milieu scolaire

Les jeunes risquant d'abandonner l'école ou ayant des comportements problématiques sont de plus en plus visés par la prévention sélective, en Italie notamment, où quelque 15 % des actions de prévention en milieu scolaire visent des sous-groupes d'élèves vulnérables (prévention sélective et ciblée). Les principaux sous-groupes auxquels s'adresse la prévention sélective en milieu scolaire sont les élèves présentant des problèmes de comportement social, des problèmes scolaires ou familiaux, les élèves immigrants ou ceux appartenant à des minorités ethniques. En fait, les résultats scolaires et la présence en classe sont de bons indices de problèmes de drogue, et la surveillance de ces éléments permet une intervention précoce et ciblée.

L'abandon scolaire est la pierre angulaire des programmes de prévention de la drogue dans plusieurs États membres. Le projet HUP du comté de Storstrøm au Danemark tend à relever le taux moyen d'achèvement des études de 75 % pour atteindre l'objectif national de 95 % en insistant sur les élèves vulnérables. Des projets similaires sont décrits en Irlande, au Portugal (47 projets), en Roumanie (1 projet) et en Norvège (brochures destinées aux enseignants). La réduction de l'abandon scolaire précoce est un objectif officiel de la stratégie nationale irlandaise, avec une réduction de 10 % par rapport aux chiffres de 2005-2006 dans les zones couvertes par le LDTF (Local Drug Task Force — groupe de travail local «drogues»). Les élèves les plus exposés sont visés par les programmes de prévention sélective mis en place à Malte, tandis qu'en France et en Slovaquie, des services d'orientation sont proposés dans les écoles sur demande (éventuellement de l'élève lui-même).

## Prévention au niveau de la famille

Étant donné le nombre croissant de jeunes enfants qui commencent à prendre de la drogue, l'amélioration et le renforcement de la prévention en milieu familial revêtent une importance accrue. Chez les préadolescents, l'influence de la famille l'emporte sur celle des pairs. Le rôle de la famille dans l'établissement des valeurs et le

soutien des enfants est plus important pour la prévention que la fourniture d'information sur les substances.

Au sein de l'UE, la prévention au niveau de la famille devient de plus en plus ciblée et répond davantage aux besoins. Plusieurs États membres (Allemagne, Espagne, Irlande, Italie et Royaume-Uni) ont reconnu qu'il était parfois difficile pour les institutions d'entrer en contact avec les familles à problème. C'est ainsi que le Royaume-Uni a lancé un kit d'intervention dans le cadre de la campagne FRANK, destiné aux équipes d'action contre la drogue et l'alcool et aux praticiens de la prévention afin de les former à la manière de contacter les familles. Dans plusieurs autres États membres, des programmes de prévention sélective destinés aux familles à risques sont désormais en place. Ces programmes recourent à diverses techniques pour attirer les familles à risques (par exemple, en distribuant de la nourriture, en fournissant des incitations financières, en proposant des services de garde d'enfants), lesquelles reposent essentiellement sur le programme de renforcement des familles de Kumpfer (Kumpfer e.a., 1996).

Le programme de renforcement des familles (SFP) est appliqué en Espagne (Palma de Majorque et Barcelone), aux Pays-Bas (deux villes, étude d'évaluation) et en Suède (deux villes). Une formation est en cours en Irlande et en Italie, et, dans ce pays, on envisage d'étendre la couverture à plusieurs villes. La Norvège évalue un programme similaire, le MST, dans le cadre d'un essai aléatoire contrôlé. Ces programmes de prévention sélective fondés sur la famille présentent des caractéristiques similaires dans tous les États membres où ils ont été mis sur pied.

Des programmes destinés aux enfants négligés et aux jeunes issus de familles dysfonctionnelles sont en cours en Pologne et dans certaines provinces autrichiennes. Ces programmes sont mis en œuvre dans des centres communautaires locaux, comme des salles de thérapie sociale, des centres éducatifs, des clubs de jeunes et des centres de prévention.

Certains pays mettent de plus en plus l'accent sur les enfants qui ont des parents alcooliques (Belgique, Allemagne, Autriche), tandis que d'autres ne s'occupent encore que des enfants d'usagers de drogue.

### Prévention au niveau local

La plupart des programmes de prévention sélective sont mis en place au niveau local. La raison réside, en partie, dans le fait que les différents services sociaux impliqués sont généralement coordonnés à ce niveau. Toutefois, dans les pays où les collectivités locales ont le pouvoir et la volonté d'appliquer des normes locales, la communauté est une unité naturelle pour les stratégies environnementales. La prévention sélective au niveau local est courante dans les pays nordiques, ainsi qu'en Belgique, aux Pays-Bas, en Pologne et au Royaume-Uni, et se développe dans des pays qui ont moins recouru à cette approche dans le passé (France, Italie, Hongrie, Portugal).

En instituant des normes locales sur la disponibilité et les modes de consommation des drogues licites et en optimisant les services locaux, les stratégies locales de prévention environnementale constituent un bon point de départ pour des programmes de prévention efficace de la toxicomanie.

### Contrôle de la qualité de la prévention

Le contrôle de la qualité de la prévention revêt une importance croissante, en particulier du fait qu'un grand nombre d'États membres ont confié les compétences et les responsabilités de la prévention au niveau local (Danemark, Italie, Pays-Bas, Pologne, Portugal et Slovaquie) et/ou ont délégué la responsabilité de la prévention de la toxicomanie à des organisations non gouvernementales (ONG) ou à des associations semi-indépendantes (Belgique, Allemagne, France, Hongrie et Finlande). De ce fait, certains États membres font état de stratégies destinées à définir des normes et des critères de qualité communs et à fournir des services de conseil technique au niveau local, pour aider les écoles ou les collectivités à élaborer une politique scolaire (Belgique, Danemark, Pays-Bas et Royaume-Uni), à mettre en place des programmes adéquats de prévention et à garantir des critères de qualité minimale (Danemark, France, Lituanie, Hongrie, Slovaquie, Royaume-Uni, Roumanie et Norvège).

La Grèce et l'Autriche ouvrent la voie en définissant un cahier des charges pour l'accréditation des instances de prévention ou des professionnels de la prévention.

### Traitements et réduction des risques

La collecte de données de l'OEDT sur les stratégies de traitement et de réduction des risques en réponse au phénomène de la drogue s'inscrit dans le contexte de deux instruments communautaires:

- d'une part, la stratégie antidrogue de l'UE 2005-2012 et son premier plan d'action 2005-2008, qui créent un cadre pour les politiques nationales et contiennent des recommandations détaillées concernant les actions à mener dans les États membres en matière de prévention de la toxicomanie et d'accroissement de la couverture et de la qualité des services de traitement et de réduction des risques;
- d'autre part, la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 <sup>(31)</sup>, qui énonce d'autres recommandations spécifiques sur les mesures que devraient envisager les États membres pour prévenir et réduire les risques sanitaires liés à la dépendance à la drogue et pour offrir un niveau élevé de protection de la santé. Cette recommandation a été renforcée par son inclusion en tant qu'objectif n° 14 dans le plan d'action de l'UE.

Afin d'évaluer le niveau d'exécution de la stratégie, il convient de déterminer le niveau de la fourniture des services et la mesure dans laquelle ceux-ci sont utilisés. Toutefois, en dernière analyse, des estimations justes de la couverture —

<sup>(31)</sup> Recommandation 2003/488/CE du Conseil.

mesure dans laquelle le groupe cible est touché par les traitements et les mesures de réduction des risques — seront nécessaires pour évaluer les objectifs du plan d'action et créer une base pour l'évaluation de l'impact de la stratégie.

Tout au long des huit années de mise en œuvre de la stratégie, l'OEDT apportera son soutien à la Commission dans le cadre du processus d'évaluation en fournissant des données provenant du système communautaire des indicateurs épidémiologiques et en élaborant et en mettant en œuvre des outils spécifiques de collecte de données en vue de déterminer la qualité de la fourniture des services et l'utilisation des traitements et des services de réduction des risques. Par rapport à la bonne vue d'ensemble de la situation épidémiologique obtenue grâce au développement et à la mise en œuvre par l'OEDT d'un système de surveillance fondé sur des indicateurs, les rapports standardisés sur les interventions apparaissent limités.

### Traitement de substitution des opiacés

Le traitement de substitution à la méthadone pour les usagers d'héroïne a été lancé en Europe par la Suède (en 1967), les Pays-Bas et le Royaume-Uni (en 1968) et le Danemark (en 1970), mais son administration est restée limitée pendant de nombreuses années.

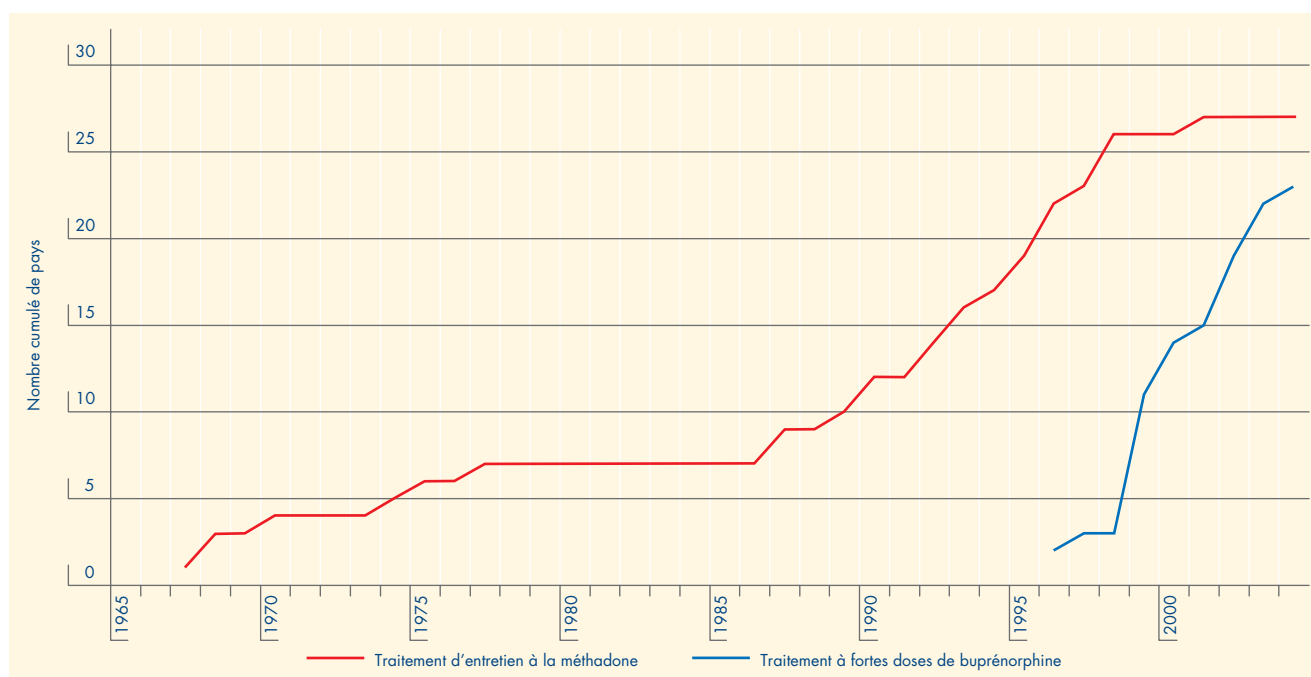
Après la découverte de l'étendue de l'épidémie de VIH parmi les usagers de drogue dans les pays d'Europe occidentale, les objectifs et les approches thérapeutiques ont commencé à changer dans de nombreux pays, passant de l'abstinence comme objectif premier à l'adoption d'actions

davantage tournées vers la réduction des risques liés à la consommation de drogue. La nécessité de traitements répétés a été acceptée, et les bénéfices d'un traitement de substitution pour la stabilisation et l'amélioration de la santé et de la situation sociale des usagers d'opiacés et de la société dans son ensemble ont été reconnus.

À la fin des années 80, la vitesse d'introduction du traitement de substitution à la méthadone en tant que modalité de traitement s'est accélérée. En 2001, vingt-quatre États membres de l'UE, en plus de la Bulgarie, de la Roumanie et de la Norvège, l'avaient introduit (graphique 1). Toutefois, l'ampleur et la couverture varient considérablement selon les pays (voir chapitre 6).

La base juridique de l'utilisation de médicaments contenant de la buprénorphine dans le traitement des héroïnomanes a été établie pour la première fois par un État membre de l'UE en 1996 (voir la question particulière sur la buprénorphine dans le rapport annuel 2005). Elle existe et est aujourd'hui utilisée dans la plupart des États membres. Étant donné que l'usage de la buprénorphine est contrôlé de manière moins sévère par les conventions des Nations unies sur les drogues, les États ont davantage de latitude pour la prescrire. Dans certains pays, ce choix thérapeutique a conduit à une augmentation rapide du nombre de patients traités. On étudie actuellement de nouveaux protocoles thérapeutiques avec d'autres médicaments que la substitution par des agonistes, et l'attention des chercheurs se tourne aujourd'hui vers le développement de réponses thérapeutiques pour les cocaïnomanes et les consommateurs de crack, dont

**Graphique 1:** Introduction de traitement d'entretien à la méthadone et de traitement à fortes doses de buprénorphine dans les États membres de l'UE, dans les pays candidats et en Norvège



Sources: Points focaux nationaux.



un grand nombre prennent également de l'héroïne ou en ont pris dans le passé (voir également chapitre 5).

Selon les estimations, au sein de l'UE, plus d'un demi-million d'usagers d'opiacés ont reçu un traitement de substitution en 2003, ce qui représente un tiers des usagers d'opiacés à problème, dont le nombre est actuellement estimé à 1,5 million de personnes (OEDT, 2005a). Les nouveaux États membres et les pays candidats ne représentent qu'un faible pourcentage des patients sous traitement de substitution en Europe, ce qui s'explique en partie par les niveaux plus bas de consommation d'opiacés dans ces pays. Bien que la fourniture globale de traitements de substitution demeure basse dans ces pays, certains signes indiquent une augmentation en Estonie, en Lituanie et en Bulgarie.

Les informations fournies montrent que, dans certains pays, les traitements à la méthadone sont en augmentation, mais que, dans huit pays, le nombre de personnes recevant ce traitement s'est stabilisé ou a baissé <sup>(32)</sup>. Quatre de ces pays (Danemark, Espagne, Malte et Pays-Bas) ont une longue histoire de consommation d'héroïne, et les programmes de substitution à la méthadone y sont très accessibles. Les quatre autres pays (Lettonie, Hongrie, Pologne et Roumanie) se caractérisent par une faible couverture géographique des traitements de substitution à la méthadone, et, dans certains endroits, il existe des listes d'attente pour le traitement.

Il est difficile de savoir si le nombre décroissant de patients qui suivent un traitement à la méthadone signifie que ceux-ci passent à un traitement à la buprénorphine lorsqu'il est disponible. Par ailleurs, la mesure dans laquelle les médecins généralistes prescrivent des traitements pour soigner la dépendance à la drogue constitue souvent une inconnue au niveau national.

### Offre et types de traitement de la toxicomanie

Une enquête menée auprès des points focaux nationaux (PFN) en 2005 a analysé les caractéristiques de l'offre de traitements en Europe. Les experts nationaux ont été interrogés sur la question de savoir si la majorité des consommateurs d'opiacés suivaient un traitement avec ou sans substitution ou si les deux types de traitement étaient aussi prévalents l'un que l'autre.

Les résultats font apparaître un large avantage pour les traitements médicalement assistés, la principale substance utilisée étant la méthadone (à l'exception de la République tchèque et de la France; pour plus de détails, voir chapitre 6). Il ressort également des résultats de l'étude que, dans la plupart des pays, le traitement de la toxicomanie est essentiellement dispensé dans des centres de soins ambulatoires. Seules la Lettonie et la Turquie dispensent la plupart des traitements dans des centres résidentiels. Les psychothérapies traditionnelles (thérapie psychodynamique, cognitive-comportementale, systémique/familiale ou la

thérapie de Gestalt) sont les modalités de traitement les plus fréquentes pour les patients soignés en ambulatoire en Irlande, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Bulgarie et en Turquie. Neuf pays déclarent proposer des méthodes essentiellement de «soutien» (qui peuvent inclure des conseils, une thérapie socio-éducative et environnementale, des entretiens de motivation ou des techniques de relaxation et de l'acupuncture) et dix pays combinent les différentes méthodes dans les soins ambulatoires.

S'agissant des traitements en centres résidentiels, le modèle en 12 étapes du Minnesota est fréquemment utilisé en Irlande, en Lituanie, en Hongrie et en Turquie, tandis que six pays appliquent surtout les traitements psychothérapeutiques, que cinq autres suivent des méthodes de «soutien» et que dix autres combinent ces différentes approches.

Au cours de la dernière décennie, mais surtout ces cinq dernières années, un grand nombre de pays européens ont amélioré l'accès aux traitements en étendant l'offre de traitements de substitution et en réduisant les restrictions d'accès. Jamais dans le passé, le système de soins n'avait touché un aussi grand nombre d'usagers de drogue. Beaucoup d'entre eux, mais non leur totalité, ont besoin d'une assistance qui dépasse le cadre du traitement de leur dépendance et beaucoup semblent avoir besoin de programmes de seuil bas et d'une aide importante en vue de leur réinsertion.

### Stratégies de réduction des risques

Alors que toucher les patients et maintenir le contact avec eux devenaient un objectif en soi, la fourniture de services de proximité et de seuil bas a été reconnue et soutenue et fait désormais partie intégrante d'une réponse globale dans de nombreux États membres. Des profils communs de réponse se dégagent en Europe en matière de prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue et de réduction des décès liés à la drogue (voir également chapitre 7).

La réduction des décès liés à la drogue est apparue pour la première fois parmi les objectifs de la politique antidrogue européenne voici six ans, et elle figure parmi les objectifs du plan d'action actuel de l'UE <sup>(33)</sup>. Le nombre de pays dont les politiques nationales font directement référence à l'objectif de réduction des décès liés à la drogue n'a cessé d'augmenter ces dernières années, huit pays ayant adopté ces stratégies en 2004 et 2005, ce qui porte leur total à quinze. Outre les politiques nationales, des approches complémentaires au niveau municipal sont courantes: plusieurs capitales (Athènes, Berlin, Bruxelles, Lisbonne et Tallinn, par exemple), mais aussi des régions semi-urbaines plus vastes (comme l'est de l'Irlande ou les environs de Dublin) ont également élaboré leurs propres stratégies en vue de réduire les décès liés à la drogue. En République tchèque, en Italie,

<sup>(32)</sup> Voir tableau NSP-7 du bulletin statistique 2006.

<sup>(33)</sup> L'objectif n° 17 du plan d'action de l'UE pour la période 2005-2008 demande que la réduction du nombre de décès liés à la drogue figure parmi les objectifs spécifiques à tous les niveaux avec des interventions destinées précisément à atteindre cet objectif.

### Actions et interventions en faveur des usagers de drogue incarcérés dans les nouveaux États membres

Les présentes données proviennent d'un projet de collecte de données conjoint OEDT-OMS Europe, mené en 2005 <sup>(1)</sup>.

La majorité des nouveaux États membres mentionnent un dépistage de drogue en milieu carcéral. Cependant, les programmes de dépistage de drogue varient selon les pays. En République tchèque, à Malte et en Slovénie uniquement, les détenus subissent un test de dépistage à leur admission dans l'établissement. Malte et la Slovénie sont également les seuls pays qui font passer un test aux détenus avant leur libération. Un dépistage de drogue aléatoire est réalisé dans toutes les prisons en République tchèque, à Malte, en Slovénie et en Slovaquie et dans moins de la moitié des prisons hongroises.

Les traitements sans substitution représentent l'approche prédominante dans les interventions en milieu carcéral dans les nouveaux États membres, mais la couverture de ces interventions est limitée. Selon les rapports, un traitement sans substitution accompagné d'un soutien psychologique est disponible dans moins de 50 % des prisons en République tchèque, en Estonie, en Lituanie, en Hongrie, en Pologne et en Slovaquie. Des unités de traitement sans substitution existent dans la plupart des pays, mais seules la République tchèque et la Slovénie mentionnent leur existence dans plus de 50 % des prisons. Une courte cure de désintoxication avec médicaments est plus courante (toutes les prisons en Lettonie, en Hongrie, à Malte, en Slovénie et en Slovaquie).

Le nombre de prisonniers ayant accès à un traitement par antagonistes et à un traitement de substitution est généralement faible dans les nouveaux États membres. Hormis les cas

d'urgence, le traitement par antagonistes ne semble pas exister et quelques pays rapportent la possibilité de traitement de substitution aux opiacés pour des cures de désintoxication aiguë en prison (Hongrie, Malte, Pologne et Slovénie). Les interventions concernant la drogue et préalables à la libération prennent essentiellement la forme de conseils et d'informations (République tchèque, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Pologne, Slovénie et Slovaquie). Le traitement de substitution en tant qu'intervention préalable à la libération est proposé dans toutes les prisons en Slovénie et dans moins de la moitié des établissements en Pologne.

Dans les nouveaux États membres, quelques rares prisons rapportent l'existence de mesures de réduction des risques destinées aux usagers de drogue par voie intraveineuse. Les programmes d'échange de seringues ne sont pas mis en œuvre dans les prisons des nouveaux États membres, et seules l'Estonie, la Lituanie et la Slovénie mentionnent la fourniture de produits désinfectants pour nettoyer les seringues. Néanmoins, les maladies infectieuses liées à la drogue sont traitées en prison. Des vaccins contre l'hépatite B sont disponibles dans toutes les prisons dans six nouveaux États membres (République tchèque, Estonie, Hongrie, Malte, Slovénie et Slovaquie), et cinq pays indiquent qu'un traitement antiviral est disponible pour les prisonniers positifs à l'hépatite C dans toutes les prisons (République tchèque, Lituanie, Pologne, Slovénie et Slovaquie). Tous les nouveaux États membres déclarent qu'un traitement antirétroviral est disponible pour les prisonniers séropositifs <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Des données ont été communiquées par la République tchèque, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, Malte, la Pologne, la Slovénie et la Slovaquie. Pour d'autres références, consulter OEDT (2005c).

<sup>(2)</sup> Pas de données disponibles pour Chypre.

aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il existe des politiques locales ou régionales, et, en Bulgarie, des stratégies ont été développées au niveau local dans neuf villes.

À l'instar de la stratégie et du plan d'action antidrogue précédents de l'UE, la prévention de la transmission de maladies infectieuses demeure un objectif prioritaire de la stratégie actuelle et constitue l'objectif n° 16 du plan d'action pour 2005-2008. Cela montre l'importance soutenue que les gouvernements européens et la Commission attachent aux conséquences de la consommation de drogue sur la santé <sup>(34)</sup>.

La grande majorité des pays de l'UE et la Norvège ont clairement énoncé leur approche de la prévention des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue et ont introduit dans leurs stratégies antidrogue nationales des actions ou objectifs concrets, ou ont adopté un document politique distinct, qui précise comment la prévention des maladies infectieuses doit être menée parmi les usagers de

drogue (Espagne, Lettonie, Luxembourg et Suède), ou ont fait les deux (Estonie, France, Royaume-Uni). Malte et l'Autriche ont prévu d'élaborer des politiques spécifiques en la matière.

En Allemagne et en Grèce, des mesures concrètes de prévention des maladies infectieuses font partie de la stratégie antidrogue nationale, alors que la prévention de ces maladies n'est pas identifiée explicitement comme un objectif.

Ces stratégies de prévention des maladies infectieuses sont généralement assez récentes, et le moment de leur adoption coïncide dans un certain nombre de pays avec la stratégie antidrogue précédente de l'UE (2000-2004), qui, pour la première fois, avait fait de la réduction de l'incidence des maladies infectieuses chez les usagers de drogue un objectif européen.

Selon les rapports des PFN <sup>(35)</sup>, les objectifs et les groupes cibles des stratégies nationales font également apparaître un niveau de synergie élevé sur le plan européen. Outre les

<sup>(34)</sup> L'objectif n° 16 du plan d'action pour la période 2005-2008, en particulier, fait référence à la prévention des maladies infectieuses. L'objectif n° 14 insiste sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie, qui a été adoptée en 2003 (recommandation 2003/488/CE du Conseil). Un rapport de la Commission sur la mise en œuvre de cette recommandation, comprenant des informations recueillies auprès des décideurs et des points focaux nationaux Reitox, est prévu en 2007 dans le cadre de l'évaluation de la stratégie antidrogue de l'UE.

<sup>(35)</sup> Cette analyse repose dans une large mesure sur les déclarations nationales recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire structuré (SQ 23), actualisées par les informations fournies par les points focaux nationaux dans les rapports nationaux.

usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI), les groupes cibles englobent les travailleurs sexuels et les détenus. Dans les nouveaux États membres d'Europe centrale, notamment, mais aussi en Norvège, les jeunes et les usagers autres que les UDVI sont clairement visés comme d'autres groupes cibles importants des mesures de prévention des maladies infectieuses. Les politiques danoise et estonienne élargissent encore la portée des groupes cibles en incluant les groupes ayant des contacts étroits avec les usagers de drogue.

Dans de nombreux pays de l'UE, les stratégies de réduction des maladies infectieuses sont clairement axées sur le VIH/sida, notamment en Estonie, en Espagne, à Chypre, en Lettonie et en Lituanie. Toutefois, dans dix pays (37 %), les stratégies de prévention des maladies infectieuses citent expressément la prévention de l'hépatite C chez les usagers de drogue<sup>(26)</sup>. L'Irlande a lancé un processus de consultation en 2004, comme préalable à l'élaboration d'une telle stratégie, et, en Allemagne, des recommandations ont été publiées sur la prévention et le traitement. En Autriche, une conférence internationale sur le sujet s'est déroulée à Vienne en 2005 et a encouragé les discussions entre professionnels et parmi le public.

Les stratégies de réduction des risques constituent un volet important de la réponse européenne au phénomène de la drogue aujourd'hui, et l'amélioration de l'accès aux services de prévention et de réduction des risques pour la santé est une priorité majeure de la stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2005-2012. La plate-forme stratégique commune sur la réduction des risques pour la santé que constitue la stratégie antidrogue de l'UE se reflète dans bon nombre de politiques nationales dans toute l'Union et a permis une rationalisation des interventions fondées sur des données dans ce domaine.

En 2004, il a été établi que la surveillance de la disponibilité des seringues s'était améliorée au niveau européen. Cependant, la plupart des pays ne collectent que peu d'informations sur la fourniture, l'utilisation et la couverture du large éventail des autres services essentiels rendus par les programmes de bas seuil. Il n'est dès lors pas aisé de dresser un tableau de la situation en Europe. Un projet destiné à améliorer la situation en matière de données est décrit dans l'encadré intitulé «Structures à bas seuil: une source importante de données».

### Traitement ciblé et gestion de la qualité

Le plan d'action actuel de l'UE préconise des services de traitement et de réduction des risques de qualité.

Le recours à des outils de gestion de la qualité au niveau de la planification du traitement et de la réduction des risques a eu pour effet que les services sont devenus plus adaptés aux groupes cibles, par exemple en respectant les différents besoins des groupes en fonction de leur genre (voir également la question particulière sur le genre).

### Structures à bas seuil: une source importante de données

Les structures à bas seuil jouent un rôle déterminant dans le développement de l'accès aux soins des usagers de drogue. Pour les populations d'usagers de drogue «cachés», plus difficiles à atteindre ou qui ont perdu tout contact avec le système de soins, ces agences peuvent servir de point de contact et de prestations de services sociaux et médicaux.

Bien que toutes les agences à bas seuil disposent d'un système d'enregistrement des services qu'elles fournissent et que la surveillance et le signalement de cas puissent être étendus, ces activités sont essentiellement axées sur l'obligation de rendre des comptes aux organismes qui les financent et moins sur la gestion de la qualité interne ou sur la planification et l'évaluation du service. Trop souvent, de précieuses informations sont recueillies, mais ne dépassent pas la structure de l'agence à bas seuil. En dépit de son importance potentielle pour surveiller les habitudes et les tendances de l'usage de drogue et comme point d'accès aux services, la structure à bas seuil semble, dans une large mesure, sous-utilisée. L'un des obstacles principaux est l'absence de normalisation et de comparabilité des informations recueillies.

Pour améliorer la qualité des données disponibles sur la fourniture et l'utilisation de services de réduction des risques, il faut qu'un outil de collecte de données existe et qu'il soit adapté aux structures à faible seuil tout en produisant des données pertinentes à des fins de surveillance nationale et européenne. Une initiative dans ce sens est le projet «OEDT-Correlation», soutenu par des experts des points focaux de France, d'Irlande, de Hongrie et de Norvège. Le réseau «Correlation» (European network for social inclusion and health — réseau européen d'insertion sociale et de santé, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)) représente des organisations gouvernementales et non gouvernementales de vingt-sept pays d'Europe et est financé par le programme de santé publique de la Commission européenne (DG Santé et protection des consommateurs).

Les unités ou les programmes de traitement qui visent exclusivement un groupe cible donné sont un phénomène courant dans l'UE. Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans sont traités dans des structures spécialisées dans vingt-trois pays. Le traitement des usagers de drogue présentant une comorbidité psychiatrique se déroule dans des centres spécialisés dans dix-huit pays, et des services spécialement destinés aux femmes existent dans tous les pays, à l'exception de Chypre, de la Lettonie, de la Lituanie, de la Bulgarie et de la Turquie. La Belgique, l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, la Lituanie, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni ont déclaré disposer de services destinés à répondre aux besoins des usagers de drogue issus de l'immigration ou des groupes ayant des exigences linguistiques particulières ou des origines religieuses ou culturelles spécifiques, même si ces services sont moins courants.

<sup>(26)</sup> Y compris la France et l'Angleterre, qui ont toutes deux des stratégies complètes de prévention de l'hépatite C: *Plan national hépatites virales C et B (2002-2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) et *Hepatitis C: action plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>), respectivement.

Des unités spécialisées dans le traitement d'usagers de cannabis ou de cocaïne existent dans treize pays, et des programmes thérapeutiques spécifiques pour ces groupes sont recensés dans huit pays. Cependant, la disponibilité et l'accessibilité de ces services sont jugées assez faibles dans la plupart de ces pays. Un programme spécifique similaire destiné aux consommateurs d'amphétamines est rapporté en Espagne, en Slovaquie et au Royaume-Uni.

D'autres mesures concrètes destinées à améliorer la qualité des traitements et des soins sont la gestion individuelle des cas, la médiation de la fourniture de services spécialisés (c'est-à-dire le traitement de comorbidités) et les évaluations des patients avant le traitement afin de parvenir à une meilleure adéquation entre les profils des patients et le traitement proposé pour atteindre une meilleure rétention dans le traitement et une efficacité accrue de celui-ci.

En dépit de la multiplication générale des options thérapeutiques, s'occuper de certains groupes d'usagers de drogue, en particulier ceux qui connaissent des problèmes chroniques et de longue durée, demeure un défi pour les services concernés. Les actions de proximité et de seuil bas sont des approches courantes pour tenter d'établir un contact et de prendre en charge ces populations peu accessibles. Une approche plus controversée est la mise en place dans certains pays de salles surveillées de consommation de drogue essentiellement destinées aux usagers de drogue par voie intraveineuse, mais parfois maintenant aussi aux fumeurs de crack, de cocaïne et d'héroïne (voir OEDT, 2004c). Un autre service controversé se développe et est expérimenté par quelques pays: il s'agit de l'utilisation d'héroïne en tant qu'agent dans les traitements de substitution. Bien que, dans l'ensemble, les initiatives dans ce domaine restent très limitées par rapport aux autres options thérapeutiques, certaines études ont suggéré que la prescription d'héroïne peut présenter des avantages potentiels pour les patients chez lesquels le traitement d'entretien à la méthadone a échoué. À titre d'exemple, un récent essai allemand aléatoire de traitement avec prescription d'héroïne (Naber et Haasen, 2006) a donné des résultats positifs en termes de santé et de réduction de la consommation de drogues illicites. Néanmoins, aucun consensus clair ne se dégage encore en Europe sur les coûts et les avantages de cette approche, et le sujet fait toujours l'objet d'intenses débats politiques et scientifiques.

Étant donné la disponibilité et la qualité croissantes des traitements, certaines villes européennes ont modifié leurs priorités et cherchent désormais à réduire l'impact de l'usage de drogue sur la collectivité. Une intervention intensive dans la communauté et une gamme attrayante de services de bas seuil ont eu des résultats prometteurs dans certains contextes locaux (voir «Approches de réduction

des risques» au chapitre 5) et pourraient se révéler des modèles précieux et efficaces à utiliser plus largement pour rétablir la communication avec des groupes marginalisés et, en fin de compte, les inciter à suivre un traitement.

La mise au point de produits de substitution «plus sûrs» (c'est-à-dire des substances moins susceptibles d'être détournées vers le marché noir) fait penser qu'il est probable que le traitement de la dépendance à la drogue devienne de plus en plus l'affaire des médecins généralistes. On observe également un processus de normalisation, qui permet de traiter la dépendance à la drogue de la même façon qu'une maladie chronique comme le diabète.

Certains pays indiquent que les groupes importants d'héroïnomanes qui suivent un traitement de substitution suscitent une demande équivalente d'aide à la réinsertion sociale, en particulier pour trouver un emploi rémunéré. Dans la conjoncture économique actuelle, de nombreux pays pourraient éprouver des difficultés à répondre aux besoins de réinsertion professionnelle d'anciens héroïnomanes, même si leur état est stabilisé dans le cadre d'un traitement d'entretien. Cette situation est aggravée par le taux élevé de morbidité au sein de ce groupe.

### Réinsertion sociale

L'ensemble de la littérature, des faits et des chiffres disponibles en provenance des États membres tendent vers la même vérité: les conditions de vie des usagers de drogue sont nettement plus problématiques et précaires que celles de la population en général. En conséquence, les deux derniers plans d'action drogue de l'UE ont inscrit la réinsertion sociale parmi leurs objectifs afin d'améliorer la situation sanitaire et sociale des usagers de drogue.

Le plan d'action pour la période 2005-2008 invite les États membres à «améliorer l'accès aux programmes de rééducation et de réinsertion sociale et à en élargir la portée». Bien que les mesures sociales demeurent une réponse moins répandue à l'usage problématique de drogue, les interventions combinant traitement et mesures sanitaires et sociales sont reconnues par les professionnels comme la meilleure réponse pour parvenir à rééduquer l'usager de drogue.

Les données sur la réinsertion sociale <sup>(37)</sup> sont rares en Europe, essentiellement en raison des obstacles à la collecte d'informations quantitatives dans ce domaine. La plupart des informations mentionnées ci-dessous reposent donc sur une évaluation qualitative axée sur la politique, sur les mesures de mise en œuvre et sur l'assurance de qualité dans les États membres <sup>(38)</sup>.

En 2004-2005, en réponse au plan d'action de l'UE, vingt des vingt-huit pays déclarants <sup>(39)</sup> ont élaboré une

<sup>(37)</sup> La réinsertion sociale est définie comme «toute intervention sociale ayant pour but d'intégrer des usagers de drogue à problème, anciens ou actuels, dans la communauté». Les trois «piliers» de la réinsertion sociale sont: 1) le logement; 2) l'éducation et 3) l'emploi (y compris la formation professionnelle). D'autres mesures telles que le conseil et les activités de loisirs peuvent également être utilisées.

<sup>(38)</sup> Pour plus d'information, voir <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>

<sup>(39)</sup> États membres plus la Bulgarie, la Roumanie, la Turquie et la Norvège, mais aucune information n'est disponible pour l'Estonie.

stratégie en vue de la réinsertion sociale des usagers de drogue. Quatre autres pays, bien qu'ils n'aient pas abordé expressément cet aspect dans leur stratégie antidrogue nationale ou dans un autre document politique sur la lutte contre la drogue, ont mis en place des stratégies régionales ou locales et trois n'ont fait ni l'un ni l'autre.

Le principal bailleur de fonds est l'État dans onze pays, tandis que le financement provient essentiellement des autorités locales ou régionales dans huit pays. Dans huit autres pays, le financement provient des deux niveaux, sans dominance visible de l'un ou de l'autre, ou des systèmes d'assurance santé.

Dans les États membres de l'UE, les usagers de drogue à problème peuvent bénéficier de mesures sociales par l'intermédiaire de structures destinées soit exclusivement aux usagers de drogue soit à des groupes socialement défavorisés. Le logement est l'une des pierres angulaires de ces mesures. Le service le plus couramment proposé aux usagers de drogue à problème sans domicile fixe est l'accès à des «services de logement généraux» (dans vingt et un pays), tandis que dix-huit pays n'offrent des

logements qu'aux usagers de drogue à problème et que treize pays combinent les deux systèmes. Cependant, il existe des doutes quant à l'accès réel des usagers de drogue à problème sans domicile fixe à ces structures. La faible disponibilité, la réticence locale à offrir aux usagers de drogue de nouveaux logements, des critères d'accès limités et les difficultés qu'éprouvent les usagers de drogue à problème sans domicile fixe à se conformer aux règles figurent parmi les problèmes rapportés.

Placer les usagers de drogue à problème sans domicile fixe dans un logement stable est le premier pas vers une stabilisation et une rééducation. Sur la base du nombre estimé d'usagers de drogue à problème et du nombre de sans domicile fixe parmi les patients suivant un traitement, on recense entre 75 600 et 123 300 usagers de drogue à problème sans domicile fixe en Europe. Étant donné que des structures existent actuellement dans la plupart des pays et que certains pays continuent à ouvrir de nouvelles structures, l'effet de ces mesures dépendra de l'accès qu'auront les usagers de drogue à problème sans domicile fixe à ces services.

**«La dimension de genre dans l'usage de drogue et la réponse aux problèmes liés à la drogue», dans *Rapport annuel 2006 de l'OEDT — Questions particulières***

De manière générale, les hommes qui consomment de la drogue sont plus nombreux que les femmes. Dans les États membres de l'Union européenne, non seulement l'usage de drogues illicites est plus répandu chez les hommes, mais ils sont également beaucoup plus susceptibles de développer des problèmes, de rechercher un traitement et de mourir des suites de leur usage de drogue.

Cette question particulière analyse l'usage de drogue et les problèmes qui y sont associés sous l'angle du genre.

Voici quelques-unes des questions importantes soulevées: quelles différences y a-t-il entre l'usage de drogue par les hommes et les femmes, et l'écart entre les genres se réduit-il? Comment les États membres ont-ils élaboré des approches sexospécifiques pour la prévention, le traitement, la réinsertion sociale et la réduction des risques? Les actions sexospécifiques sont-elles aussi importantes pour les hommes que pour les femmes?

Cette question particulière est disponible sur support papier («A gender perspective on drug use and responding to drug problems», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) et sur l'internet en version anglaise uniquement (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Chapitre 3

# Cannabis

### Offre et disponibilité

#### Production et trafic

Le cannabis reste la drogue illicite la plus produite et la plus sujette au trafic dans le monde (CND, 2006).

La production à grande échelle de résine de cannabis est concentrée dans quelques pays, notamment le Maroc, mais aussi au Pakistan et en Afghanistan. La production mondiale totale de résine de cannabis est estimée à 7 400 tonnes par an (CND, 2006). La majeure partie de la résine de cannabis consommée dans l'UE provient du Maroc et entre principalement en Europe par la péninsule Ibérique, bien que les Pays-Bas semblent également être un centre de distribution secondaire pour le transport vers d'autres pays de l'UE. La culture du cannabis au Maroc a fait l'objet d'une deuxième enquête en 2004, et les conclusions ont

#### Interprétation des données sur les saisies de drogue et d'autres données relatives au marché

Le nombre de saisies de drogue réalisées dans un pays est généralement considéré comme un indicateur indirect de l'offre et de la disponibilité des drogues, bien qu'il reflète également les ressources, priorités et stratégies répressives, la vulnérabilité des trafiquants face aux actions nationales et internationales de réduction de l'offre et les pratiques en matière de notification. Les quantités saisies peuvent varier considérablement d'une année à l'autre, notamment si, au cours d'une année, quelques saisies de grosses quantités de drogue sont réalisées. C'est la raison pour laquelle le nombre de saisies est parfois un meilleur indicateur de tendance. Dans tous les pays, le nombre de saisies comprend un pourcentage élevé de petites saisies au niveau du détail (dans la rue). Lorsqu'elles sont connues, l'origine et la destination des drogues saisies peuvent donner des indications sur les routes qu'emprunte le trafic et sur les zones de production. Le prix et la pureté/puissance des drogues au détail sont communiqués par la plupart des États membres. Toutefois, les données proviennent de diverses sources, qui ne sont pas toujours comparables et rendent malaisées les comparaisons entre pays.

fait apparaître une baisse de 10 % par rapport à 2003, qui est surtout due à l'intervention du gouvernement. En 2004, la superficie totale cultivée représentait 120 500 hectares dans la région du Rif, ce qui correspond à une production potentielle de 2 760 tonnes de résine de cannabis (ONUUDC et gouvernement du Maroc, 2005).

D'autres pays cités en 2004 comme sources de production de la résine de cannabis saisie dans l'UE sont l'Albanie, le Portugal, le Sénégal, l'Afghanistan, le Pakistan et quelques pays d'Asie centrale (rapports nationaux Reitox, 2005; OMD, 2005; OICS, 2006a).

La production mondiale potentielle d'herbe de cannabis a été estimée à plus de 40 000 tonnes en 2003 (CND, 2005), et les sources de production sont éparpillées dans le monde. L'herbe de cannabis saisie dans l'UE en 2004 proviendrait de divers pays, dont les Pays-Bas et l'Albanie, mais aussi l'Angola, l'Afrique du Sud, la Jamaïque et la Thaïlande (rapports nationaux Reitox, 2005; OMD, 2005; OICS, 2006). En outre, il existe une culture et une production locales (en intérieur et en extérieur) de cannabis dans la plupart des États membres de l'UE.

#### Saisies

De par le monde, 1 471 tonnes de résine de cannabis et 6 189 tonnes d'herbe de cannabis ont été saisies en 2004. C'est en Europe centrale et occidentale (74 %), en Asie du Sud-Ouest et au Proche- et au Moyen-Orient (19 %) que les principales saisies de résine de cannabis ont eu lieu, alors que les saisies d'herbe de cannabis sont restées concentrées en Amérique du Nord (54 %) et en Afrique (31 %) (ONUUDC, 2006).

En 2004, on estime à 275 000 le nombre de saisies de résine de cannabis réalisées dans l'UE, ce qui représente un total de 1 087 tonnes. La plupart des saisies sont toujours déclarées par l'Espagne (qui compte pour près de la moitié des saisies et les trois quarts de la quantité totale saisie dans l'UE), suivie par la France et le Royaume-Uni <sup>(40)</sup>. Bien que le nombre de saisies de résine de cannabis dans l'UE ait globalement baissé entre 1999 et 2003, les tendances dans les pays déclarants

<sup>(40)</sup> Cette situation devra être vérifiée à la lumière des données manquantes de 2004, lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives au nombre de saisies de cannabis et aux quantités de cannabis saisies en 2004 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni. Les données sur le nombre de saisies de cannabis n'étaient pas disponibles pour les Pays-Bas en 2004. Aux fins de l'estimation, les données manquantes de 2004 ont été remplacées par celles de 2003. Les données relatives aux quantités saisies en 2004 qui ont été transmises par les Pays-Bas n'étaient que des estimations, et elles n'ont donc pas pu être reprises dans l'analyse des tendances de 2004.

indiquent une hausse au niveau de l'UE en 2004 <sup>(41)</sup>. La quantité totale de résine interceptée dans l'UE a connu une hausse constante au cours de la période comprise entre 1999 et 2004, bien qu'en 2004, la plupart des pays, à l'exception de l'Espagne, aient enregistré un recul <sup>(42)</sup>.

L'herbe de cannabis est moins saisie dans l'UE. En 2004, les estimations portaient sur 130 000 saisies, soit 71 tonnes, la plupart ayant eu lieu au Royaume-Uni <sup>(43)</sup>. Le nombre de saisies d'herbe de cannabis dans l'UE est en hausse constante depuis 1999 <sup>(44)</sup>, bien que les quantités saisies aient diminué dans les pays déclarants depuis 2001 <sup>(45)</sup>. Ce tableau est approximatif, étant donné que les données britanniques relatives à 2004 ne sont pas encore disponibles.

En 2004, on estime le nombre de saisies dans l'UE et dans les pays candidats à 12 800, soit quelque 22 millions de plants de cannabis et 9,5 tonnes de plants de cannabis récupérés, la Turquie enregistrant les quantités saisies les plus élevées <sup>(46)</sup>. Le nombre de saisies de plants de cannabis a progressé depuis 1999, et, sur la base des données fournies par les pays déclarants, il a poursuivi sa progression en 2004.

### Prix et puissance

En 2004, dans l'UE, le prix moyen au détail de la résine de cannabis variait entre 2,3 euros le gramme au Portugal et plus de 12 euros le gramme en Norvège, tandis que l'herbe de cannabis se négociait entre 2,7 euros le gramme au Portugal et 11,6 euros le gramme à Malte, la plupart des pays faisant état de prix compris entre 5 et 10 euros le gramme pour les produits à base de cannabis <sup>(47)</sup>.

Les prix moyens de la résine de cannabis, corrigés de l'inflation <sup>(48)</sup>, ont chuté dans tous les pays déclarants entre 1999 et 2004 <sup>(49)</sup>, à l'exception de l'Allemagne et de l'Espagne, où ils sont restés stables, et du Luxembourg, qui a observé une légère hausse. Les prix moyens de

l'herbe de cannabis, corrigés de l'inflation <sup>(50)</sup>, de type non spécifié ou importée, ont également baissé au cours de la même période dans la plupart des pays déclarants, mais sont restés stables en Espagne et aux Pays-Bas et ont augmenté en Allemagne, en Lettonie, au Luxembourg et au Portugal. Seuls deux pays, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont notifié le prix moyen de l'herbe de cannabis produite localement, et, dans les deux cas, il a baissé.

La puissance des produits à base de cannabis est déterminée par leur teneur en  $\Delta^9$ -tétrahydrocannabinol (THC), son principal élément actif (OEDT, 2004b). En 2004, la teneur moyenne déclarée en THC de la résine de cannabis vendue au détail allait de moins de 1 % en Bulgarie à 16,9 % aux Pays-Bas, alors que la puissance de l'herbe de cannabis variait de 0,6 % en Pologne à 12,7 % en Angleterre et au pays de Galles <sup>(51)</sup>. La puissance de l'herbe de cannabis produite localement était de 17,7 % aux Pays-Bas <sup>(52)</sup>.

## Prévalence et modes de consommation du cannabis

Le cannabis est la substance illicite la plus couramment consommée en Europe. Sa consommation a augmenté dans la quasi-totalité des pays de l'UE au cours des années 90, notamment chez les jeunes, y compris parmi les élèves.

On estime qu'environ 65 millions d'adultes européens, soit près de 20 % de la population âgée de 15 à 64 ans, ont essayé la substance au moins une fois <sup>(53)</sup>, même si la plupart d'entre eux n'en consomment plus aujourd'hui. Les chiffres nationaux varient considérablement, oscillant entre 2 et 31 %, les chiffres les plus bas étant enregistrés à Malte, en Bulgarie et en Roumanie, et les plus élevés au Danemark (31 %), en Espagne (29 %), en France (26 %) et au Royaume-Uni (30 %) <sup>(54)</sup>. Sur les vingt-cinq pays pour lesquels des informations sont

<sup>(41)</sup> Voir tableau SZR-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(42)</sup> Voir tableau SZR-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(43)</sup> Voir note 40 de bas de page. Les données sur le nombre de saisies d'herbe de cannabis en 2004 ne sont pas disponibles pour la Pologne.

<sup>(44)</sup> Voir tableau SZR-3 du bulletin statistique 2006.

<sup>(45)</sup> Voir tableau SZR-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(46)</sup> Voir note 40 de bas de page.

<sup>(47)</sup> Voir tableau PPP-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(48)</sup> 1999 est l'année de référence pour la valeur monétaire dans tous les pays.

<sup>(49)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives aux prix de la résine et de l'herbe de cannabis étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: Belgique, République tchèque, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Chypre, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni, Bulgarie (herbe de cannabis uniquement), Roumanie, Turquie et Norvège. Cependant, les tendances en République tchèque n'ont pas été analysées en raison des contraintes méthodologiques liées aux données fournies.

<sup>(50)</sup> Voir note 48 de bas de page.

<sup>(51)</sup> Voir graphique PPP-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(52)</sup> Voir tableau PPP-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(53)</sup> Le pourcentage moyen a été calculé comme étant la moyenne des taux de prévalence nationale pondérés en fonction de la population de la tranche d'âge considérée dans chaque pays. Les totaux ont été calculés en multipliant la prévalence dans la population concernée dans chaque pays; dans les pays pour lesquels aucune information n'est disponible, les données ont été établies sur la base d'une estimation. Ces chiffres sont probablement des estimations minimales dans la mesure où il pourrait y avoir un niveau de signalement insuffisant.

<sup>(54)</sup> Dans ce document, les chiffres du Royaume-Uni reposent sur la *2005 British Crime Survey* (Angleterre et pays de Galles), pour des raisons pratiques. Il existe d'autres estimations pour l'Écosse et l'Irlande du Nord, et une estimation cumulée pour le Royaume-Uni est disponible (dans le bulletin statistique).



### Estimation de l'usage de drogue dans la population

L'usage de drogue dans la population générale ou en milieu scolaire est évalué par le biais d'enquêtes, qui donnent des estimations du pourcentage de la population qui déclare avoir consommé de la drogue au cours de certaines périodes: au cours de la vie, au cours de la dernière année ou au cours du dernier mois.

En association avec des experts nationaux, l'OEDT a mis au point un questionnaire de base commun (le «questionnaire modèle européen» ou EMQ), qui est utilisé pour les enquêtes menées auprès des adultes dans la plupart des États membres de l'UE. L'EMQ est présenté en détail dans «*Handbook for surveys about drug use among the general population*» (manuel pour les enquêtes sur l'usage de drogue dans la population générale) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Il existe toutefois encore des différences de méthodologie et d'année de collecte des données entre les pays, et les petits écarts entre pays doivent être interprétés avec prudence (1).

L'«usage au cours de la vie» a un intérêt limité pour apprécier l'usage actuel de drogue au sein de la population adulte (bien qu'il soit considéré comme un indicateur valable pour les élèves), mais il peut donner une idée des habitudes de consommation. L'«usage au cours de la dernière année» et l'«usage au cours du dernier mois» reflètent plus fidèlement la situation actuelle, le deuxième étant pondéré davantage pour les personnes qui consomment de la drogue fréquemment.

Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) constitue une source d'information de première importance sur la consommation de drogue et d'alcool parmi les élèves européens et revêt une valeur inestimable dans la mesure où il enregistre les tendances au fil du temps. Des enquêtes ESPAD ont été menées en 1995, 1999 et 2003. La prochaine enquête aura lieu en 2007.

L'ESPAD recourt à des méthodes et à des instruments standardisés auprès d'échantillons représentatifs sur le plan national d'élèves âgés de 15 et 16 ans, afin d'assurer la comparabilité des résultats. La participation au projet ESPAD a augmenté au fil des enquêtes, vingt-six pays européens ayant participé en 1995, trente en 1999 et trente-cinq en 2003, dont vingt-deux États membres de l'UE et quatre pays candidats (Bulgarie, Croatie, Roumanie et Turquie). Le questionnaire de l'enquête est axé sur la consommation d'alcool et l'usage de drogues illicites au cours de périodes standards et sur la fréquence de l'usage.

Les informations sur le projet ESPAD et la disponibilité des rapports sont accessibles sur le site internet d'ESPAD ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

(1) Pour un complément d'information sur la méthodologie des enquêtes de population et sur la méthodologie de chaque enquête nationale, voir le bulletin statistique 2006.

disponibles, treize enregistrent des taux de prévalence au cours de la vie compris entre 10 et 20 % (55).

La consommation au cours des douze derniers mois est nettement inférieure à la prévalence au cours de la vie. Selon les estimations, quelque 22,5 millions d'adultes européens ont pris du cannabis au cours des douze derniers mois, soit 7 % environ de la population âgée de 15 à 64 ans. Les chiffres nationaux sont compris entre 1 et 11 %, la Grèce, Malte et la Bulgarie enregistrant les chiffres les plus bas, et l'Espagne (11,3 %), la France (9,8 %) et le Royaume-Uni (9,7 %) se situant en haut de l'échelle (56).

Les estimations de la prévalence au cours du dernier mois reflètent plus fidèlement les chiffres de l'usage régulier de drogue. On estime que 12 millions d'adultes européens ont consommé de la drogue au cours des trente derniers jours, soit 4 % des adultes. Les chiffres nationaux oscillent entre 0,5 et 7,5 %, soit un rapport de 1 à 15. Les chiffres les plus bas sont rapportés par la Lituanie, Malte, la Suède et la Bulgarie, et les plus élevés proviennent de la République tchèque (4,8 %), de l'Espagne (7,6 %) et du Royaume-Uni (5,6 %) (57).

L'usage de substances illicites, dont le cannabis, est essentiellement concentré chez les jeunes. En 2004, entre 3 et 44 % des Européens âgés de 15 à 34 ans ont déclaré avoir essayé le cannabis, de 3 à 20 % en avaient consommé au cours des douze derniers mois et entre 1,5 et 13 % en avaient consommé au cours des trente derniers jours. Les chiffres les plus élevés étaient enregistrés en République tchèque, en Espagne et au Royaume-Uni. Les moyennes européennes pour cette tranche d'âge se situent à 32 % pour la consommation au cours de la vie, à 14 % pour la consommation au cours des douze derniers mois (contre 2 % pour les 35 à 64 ans) et à plus de 7 % pour la consommation au cours des trente derniers jours (contre 1 % pour les 35 à 64 ans) (58).

La consommation de cannabis est encore plus élevée chez les 15 à 24 ans, avec une prévalence au cours de la vie allant de 3 à 44 % (la plupart des pays déclarant des chiffres compris entre 20 et 40 %), une prévalence au cours des douze derniers mois comprise entre 4 et 28 % (la plupart des pays donnant des chiffres compris entre 10 et 25 %) (graphique 2) et une prévalence au cours des trente derniers jours oscillant entre 1 et 15 % (la plupart des pays faisant état de chiffres compris entre 5 et 12 %). Les taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Dans les nouveaux États membres, le niveau de consommation de cannabis chez les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans est généralement équivalent à celui des États membres de l'EU-15 mais, dans les tranches d'âge supérieures, les pourcentages de consommation chutent considérablement (59).

(55) Voir tableau GPS-1 du bulletin statistique 2006.

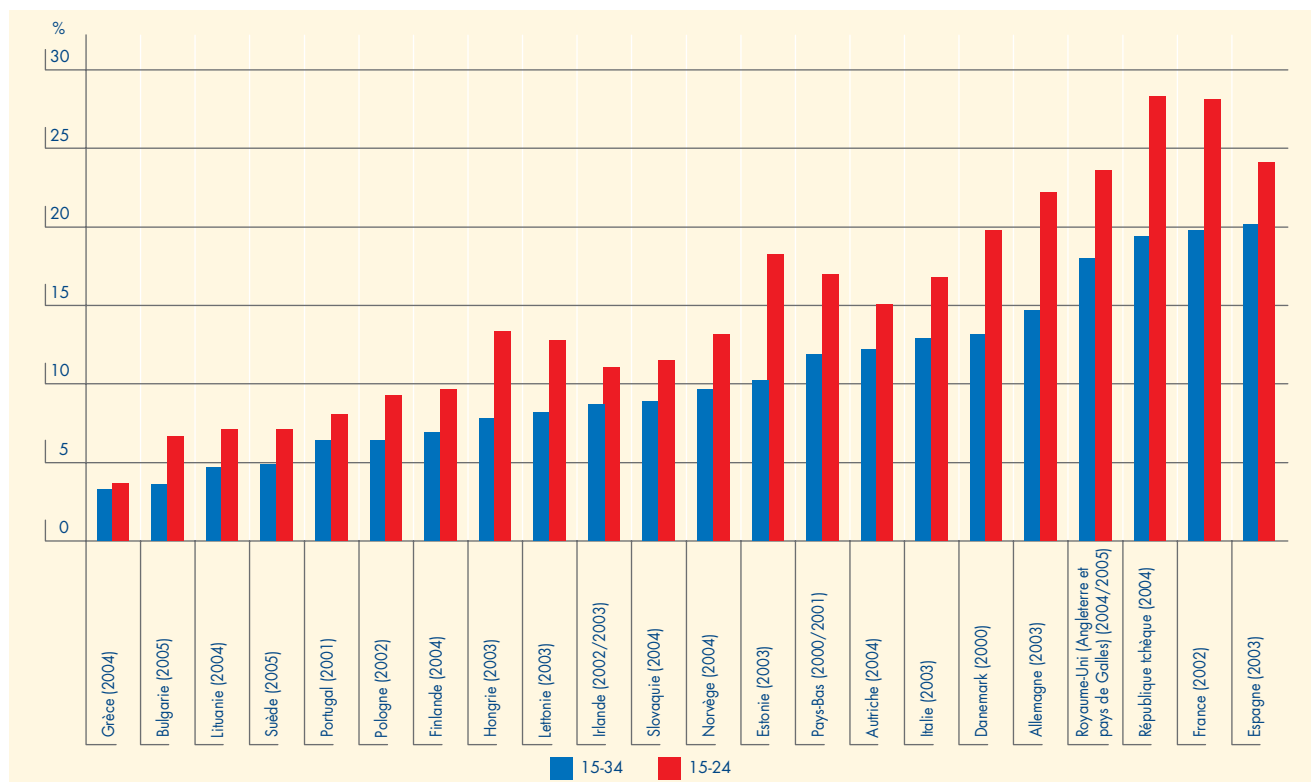
(56) Voir tableau GPS-3 du bulletin statistique 2006.

(57) Voir tableau GPS-5 du bulletin statistique 2006.

(58) Voir tableaux GPS-2, GPS-4 et GPS-6 du bulletin statistique 2006.

(59) Voir tableaux GPS-14, GPS-15 et GPS-16 et graphiques GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 et GPS-26 du bulletin statistique 2006.

**Graphique 2:** Prévalence au cours de la dernière année de l'usage de cannabis chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans et de 15 à 24 ans)



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles pour chaque pays au moment de la transmission des données. Voir tableaux GPS-8, GPS-11 et GPS-18 dans le bulletin statistique 2006 pour de plus amples informations.  
Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits des enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

En revanche, l'enquête nationale américaine de 2004 sur l'usage de drogue et la santé <sup>(60)</sup> révèle que 40,2 % des adultes (définis comme les personnes âgées de 12 ans et plus) ont déclaré avoir pris de la drogue au cours de leur vie contre une moyenne européenne d'environ 20 %. Le chiffre est même supérieur à celui des pays européens où les taux de prévalence au cours de la vie sont les plus élevés (31,3 % au Danemark et 29,7 % au Royaume-Uni), bien que les différences soient moins marquées en ce qui concerne les estimations de la consommation au cours des douze derniers mois, ce chiffre étant de 10,6 % aux États-Unis contre 7 % en moyenne en Europe, et plusieurs pays européens ont déclaré des chiffres similaires à ceux obtenus aux États-Unis.

Cinq États membres de l'UE (Belgique, Espagne, Italie, Chypre et Royaume-Uni) ont fourni de nouvelles données provenant des enquêtes nationales en milieu scolaire, et la Bulgarie a communiqué des données relatives à des enquêtes menées dans les écoles de deux grandes villes. Dans l'ensemble, la situation de la consommation de cannabis chez les élèves reste inchangée en Europe. La prévalence au cours de la vie de l'usage de cannabis est la plus élevée

chez les élèves de 15-16 ans de République tchèque et d'Espagne (respectivement 44 et 41 %). Les pays où le taux de prévalence est supérieur à 25 % sont l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Belgique, la France, l'Irlande et le Royaume-Uni, où la prévalence au cours de la vie oscille entre 32 et 40 %. Les estimations les plus basses concernant la prévalence au cours de la vie (moins de 10 %) viennent de Grèce, de Chypre, de Suède, de Roumanie, de Turquie et de Norvège <sup>(61)</sup>.

Les estimations de la prévalence chez les élèves de 15-16 ans ne doivent pas être généralisées aux étudiants plus âgés, étant donné qu'une forte hausse de la prévalence peut apparaître en augmentant légèrement l'âge. Chez les 17-18 ans, les estimations de la prévalence au cours de la vie dépassent 50 % en République tchèque, en Espagne et en France <sup>(62)</sup>. En Suède, où la prévalence est faible par rapport à de nombreux autres États membres, la consommation estimée de cannabis au cours de la vie chez les élèves de 17-18 ans, est de 14 %, soit plus du double de celle des 15-16 ans (6 %) <sup>(63)</sup>.

<sup>(60)</sup> Source: Samhsa, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Il est à noter que la tranche d'âge pour «tous les adultes» de l'enquête américaine (12 ans et plus) est plus large que la tranche d'âge standard utilisée dans les enquêtes européennes (15 à 64 ans).

<sup>(61)</sup> Voir tableau EYE-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(62)</sup> L'enquête Escapad sur les jeunes englobe les jeunes de 17-18 ans non scolarisés.

<sup>(63)</sup> Voir tableau EYE-3 et graphique EYE-1 (partie i) du bulletin statistique 2006.

## Modes de consommation du cannabis

La consommation de cannabis tend à être occasionnelle ou interrompue après un certain temps. En moyenne, 33 % des Européens qui ont un jour pris du cannabis en ont également consommé au cours des douze derniers mois, tandis que 16 % seulement en ont consommé au cours des trente derniers jours. Ces proportions, connues sous le nom de «taux de continuité», varient selon les pays, la fourchette allant de 20 à 45 % pour la poursuite au cours des douze derniers mois et de 10 à 25 % pour la continuation de la consommation au cours des trente derniers jours <sup>(64)</sup>.

Bien que l'usage de cannabis soit dans une large mesure concentré chez les jeunes, certaines données provenant d'Espagne et du Royaume-Uni indiquent que des personnes peuvent continuer à prendre de la drogue alors qu'elles ont 30 ou 40 ans. Cela pourrait être un important changement à long terme des habitudes de consommation du cannabis, qui mériterait que l'on s'y intéresse.

À l'instar d'autres drogues illicites, la consommation de cannabis est sensiblement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La différence est plus marquée en ce qui concerne la consommation au cours de la dernière année ou du dernier mois que pour la consommation au cours de la vie, mais les différences sont moins fortes chez les jeunes que chez les adultes plus âgés (voir la question particulière sur le genre). La consommation de cannabis est également plus courante dans les zones urbaines ou dans les régions à forte densité de population. L'hypothèse a été avancée que la consommation pourrait s'étendre aux petites villes ou aux zones rurales, et la Pologne a fait état de cette tendance dans son rapport annuel 2005.

En dépit des inquiétudes croissantes que suscite la consommation régulière ou intensive de cannabis <sup>(65)</sup>, les informations sont très limitées au niveau européen. Une estimation brute présentée dans le rapport annuel de 2004 (OEDT, 2004a) suggère que 1 % des Européens adultes, soit quelque 3 millions de personnes, pourraient être des usagers quotidiens ou quasi-quotidiens de cannabis. Plusieurs pays ont fait état de hausses dans l'usage régulier ou intensif de cannabis, mais seule l'Espagne a mentionné des données similaires pour la consommation quotidienne, avec une hausse entre 1997-1999 (0,7 à 0,8 % des adultes) et 2001 (1,5 %), avant de connaître une stabilisation en 2003 (1,5 %). Il serait intéressant de disposer d'informations en provenance d'autres pays et pour des groupes d'âge spécifiques (par exemple, les 15 à 24 ans). L'étude française Escapad de 2003 a conclu que 14 % des 17-18 ans (9 % des filles et 18 % des garçons) pouvaient être considérés

## Conséquences pour la santé de la consommation de cannabis

Ces dernières années, les préoccupations suscitées par les effets sociaux et sanitaires potentiels de l'usage de cannabis se sont développées. Bien que les données disponibles ne permettent pas de se faire une idée précise des problèmes, certaines conclusions peuvent néanmoins être tirées. Ainsi, il est manifeste que l'usage intensif de cannabis est en corrélation avec la maladie mentale, mais la comorbidité est liée aux questions de la cause et de l'effet. La complexité de cette corrélation est étudiée et sera discutée dans une monographie de l'OEDT à paraître bientôt.

Le fait que l'usage intensif de cannabis coïncide souvent avec des problèmes mentaux non spécifiques à la drogue a des conséquences pratiques. En effet, lors de l'élaboration d'un programme de traitement pour usagers de cannabis, les cliniciens peuvent éprouver des difficultés à savoir s'ils doivent commencer par traiter l'usage de cannabis ou le problème de santé mentale. Les études portant sur les effets du traitement pour usage problématique de cannabis sont encore peu nombreuses, et les rares qui existent ne couvrent que des traitements psychosociaux spécifiques. Toutes les autres modalités de traitement soit n'ont pas été étudiées du tout, soit l'ont été insuffisamment. En conséquence, les données relatives à l'efficacité manquent.

comme risquant de devenir des usagers de drogue à problème, selon une échelle spécifique (CAST). D'autres pays travaillent également à l'élaboration d'échelles afin d'évaluer les habitudes de consommation intensive de cannabis (Allemagne, Pays-Bas, Pologne et Portugal), et l'OEDT encourage la collaboration dans ce domaine.

## Tendances de l'usage de cannabis chez les adultes

L'absence de séries de données temporelles fiables rend difficile l'observation des tendances à long terme de l'usage de drogue en Europe. Cependant, un nombre croissant de pays ont lancé des enquêtes depuis le début des années 90, et certaines d'entre elles commencent à donner un bon aperçu de l'évolution des tendances dans le temps.

On considère généralement que l'usage de cannabis a commencé à s'étendre dans certains pays d'Europe dans les années 60 et est devenu populaire dans les années 70 et 80. Des études nationales récentes montrent que les personnes âgées de 45 à 54 ans ont une expérience significative au cours de la vie au Danemark, en Allemagne, en Espagne, en France, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni, ce qui suggère que la première expérience significative du

<sup>(64)</sup> Voir graphique GPS-24 du bulletin statistique 2006.

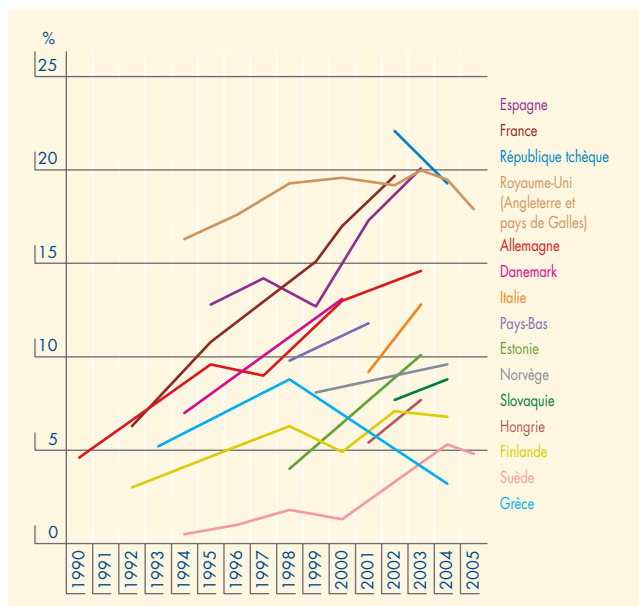
<sup>(65)</sup> À l'heure actuelle, il n'existe pas de définition universellement acceptée de l'«usage intensif de cannabis». La définition de cette expression varie selon les études. Il s'agit toutefois d'une expression large signifiant un usage de cannabis dépassant un certain seuil de fréquence. L'expression n'implique pas nécessairement l'existence d'une «dépendance» ou d'un «abus» ou d'autres problèmes, mais elle couvre un usage considéré comme augmentant le risque d'effets négatifs, dont la dépendance. Dans ce chapitre, les chiffres font référence à un «usage quotidien ou quasi-quotidien» (défini comme un usage pendant vingt jours ou plus au cours des trente derniers jours). Cet étalon a souvent été utilisé dans les études et se trouve dans le questionnaire modèle européen. Le risque de dépendance est moindre chez les usagers consommant moins fréquemment de la drogue.

cannabis remonte à la fin des années 60 et 70. L'analyse de l'initiation à l'usage du cannabis a mis en évidence un essor marqué de la consommation en Espagne au cours des années 70, en Allemagne (de l'Ouest) dans les années 80 et en Grèce dans les années 90 <sup>(66)</sup>. Les données suédoises rapportent un niveau relativement élevé d'expérimentation dans les années 70 chez les conscrits (15 à 20 %).

Les études nationales ou locales sur les ménages, les conscrits et le milieu scolaire ont montré que la consommation de cannabis a connu une forte hausse au cours des années 90 dans presque tous les pays de l'UE, en particulier chez les jeunes. Cette hausse s'est poursuivie jusqu'il y a peu dans la quasi-totalité des pays, bien qu'une stabilisation, voire une baisse, ait été observée dans certains cas.

Au Royaume-Uni, la consommation récente de cannabis chez les jeunes adultes (15 à 34 ans) était la plus élevée d'Europe au début des années 90, mais a lentement reculé entre 1998 et 2004-2005 <sup>(67)</sup>, alors qu'en Espagne et en France, les taux ont récemment (2002 ou 2003) atteint ceux observés au Royaume-Uni (graphique 3). Des niveaux similaires de prévalence élevée sont également rapportés par la République tchèque.

**Graphique 3:** Tendances de la prévalence au cours de la dernière année de l'usage de cannabis chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles pour chaque pays au moment de la transmission des données. Voir tableau GPS-4 dans le bulletin statistique 2006 pour de plus amples informations.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

Les niveaux de consommation sont inférieurs au Danemark, en Allemagne, en Estonie, en Italie, aux Pays-Bas et en Slovaquie, mais tous ces pays ont fait état de hausses de la consommation au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes, tout comme la Hongrie, mais dans une moindre mesure. Il est à noter que les données danoises (2000) et néerlandaises (2001) sont relativement anciennes, et la situation actuelle dans ces deux pays est donc moins claire.

En Finlande et en Suède, les taux de prévalence sont relativement bas, mais ils semblent suivre une tendance à la hausse. Cependant, la différence observée en Suède entre 2000 (1,3 %) et 2004 (5,3 %) est difficile à interpréter en raison de changements méthodologiques <sup>(68)</sup>.

Les estimations de la prévalence au cours des trente derniers jours ont également augmenté de manière générale au cours de la dernière décennie, bien que seules la Belgique et l'Espagne aient enregistré des augmentations marquées. Le Royaume-Uni a récemment rapporté une baisse de la consommation au cours du dernier mois, après avoir affiché les niveaux les plus élevés d'Europe depuis le début des années 90. En outre, la Slovaquie a fait état d'une baisse entre 2002 et 2004. Il n'a pas été possible d'évaluer la tendance en République tchèque et en France.

Par ailleurs, les études menées en milieu scolaire peuvent fournir des informations précieuses sur les tendances de l'usage de drogue chez les jeunes en général, ce qui peut permettre de prédire les tendances futures chez les jeunes adultes. La plupart des pays observent depuis 1995 une augmentation globale du nombre d'élèves qui ont déjà goûté au cannabis. Cependant, les variations géographiques des tendances sont très prononcées. Les tendances de la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans peuvent se classer en trois groupes géographiques. En Irlande et au Royaume-Uni, qui ont une longue histoire de consommation de cannabis, la prévalence au cours de la vie est élevée mais est restée stable durant la dernière décennie (aux alentours de 37-39 %). Dans les États membres d'Europe centrale et orientale, ainsi qu'au Danemark, en Espagne, en France, en Italie et au Portugal, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie était sensiblement plus élevée en 2003 qu'en 1995. Dans le troisième groupe d'États membres (Finlande et Suède au nord, Grèce, Chypre et Malte au sud), ainsi qu'en Norvège, les estimations de la prévalence au cours de la vie chez les élèves sont restées relativement faibles (aux alentours de 10 % et moins) <sup>(69)</sup>.

<sup>(66)</sup> Voir graphique 4 du rapport annuel 2004.

<sup>(67)</sup> Depuis 1994, qui est la première année pour laquelle on dispose d'informations provenant de la *British Crime Survey* (Angleterre et pays de Galles).

<sup>(68)</sup> Voir graphiques GPS-4 et GPS-14 du bulletin statistique 2006.

<sup>(69)</sup> Voir tableau EYE-5 (partie i) et graphique EYE-1 (partie ii) du bulletin statistique 2006.

## Données relatives aux demandes de traitement <sup>(70)</sup>

Sur les quelque 380 000 demandes de traitement recensées au total en 2004 (données disponibles pour dix-neuf pays), le cannabis constituait la raison primaire des demandes de prise en charge dans environ 15 % des cas, ce qui en fait la deuxième substance la plus couramment déclarée après l'héroïne <sup>(71)</sup>.

Dans l'ensemble, le cannabis est également la deuxième drogue la plus souvent citée dans les cas signalés de patients qui entament un traitement pour la première fois, soit 27 % des nouveaux patients recensés en 2004, bien que l'on observe des variations considérables entre les pays, le cannabis n'étant cité que par moins de 5 % des nouveaux patients en Lituanie, à Malte et en Roumanie, mais par plus de 40 % des nouveaux patients au Danemark, en Allemagne, en Hongrie et en Finlande <sup>(72)</sup>. Au cours de la période 1999-2004, le nombre de nouveaux patients demandant un traitement pour usage de cannabis a augmenté dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles <sup>(73)</sup>.

Dans la quasi-totalité des pays pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de nouveaux patients déclarés en demande de traitement pour usage de cannabis est supérieur à celui de l'ensemble des patients. Les proportions sont sensiblement les mêmes dans quelques pays <sup>(74)</sup>. La demande la plus élevée de traitement pour usage de cannabis porte sur les structures de soins ambulatoires <sup>(75)</sup>.

Plusieurs facteurs peuvent être associés à la demande accrue de traitement pour dépendance au cannabis, mais cette question nécessite des études complémentaires. Les raisons possibles de la hausse incluent une escalade dans l'usage intensif de cannabis et les problèmes connexes pour la population, une perception accrue des risques liés à l'usage de cannabis, une hausse des injonctions de traitement émanant du système judiciaire, qui est manifestement un moyen répandu dans certains pays, et des changements dans le système de déclaration et/ou dans sa couverture <sup>(76)</sup>.

Dans l'ensemble, les patients usagers de cannabis peuvent être classés en trois groupes: ceux qui en consomment occasionnellement (34 %), ceux qui en consomment plusieurs fois par semaine (32 %) et ceux qui en consomment quotidiennement (34 %). Les différences entre les pays sont

prononcées en ce qui concerne la fréquence de l'usage de cannabis chez les nouveaux patients, le pourcentage le plus élevé d'usagers quotidiens de cannabis étant recensé au Danemark et aux Pays-Bas et les pourcentages les plus élevés d'usagers occasionnels ou de personnes n'ayant pas pris de cannabis au cours de mois précédant le traitement étant enregistrés en Allemagne, en Grèce et en Hongrie. Cette variation est probablement le reflet de différences dans l'origine des demandes de traitement (par exemple, davantage de demandes de traitement provenant du système judiciaire ou de réseaux sociaux) <sup>(77)</sup>.

La mesure dans laquelle les usagers de cannabis qui suivent un traitement répondent aux critères de diagnostic de la dépendance ou de l'usage de drogues dangereuses est un élément important. À l'heure actuelle, ce domaine nécessite des études complémentaires. Étant donné que, en matière de demandes de traitement, la pratique varie selon les pays, des études doivent étayer les différentes caractéristiques cliniques des patients suivant un traitement pour usage de cannabis.

Certains patients demandent un traitement pour usage de cannabis en combinaison avec d'autres problèmes de drogue ou d'alcool, et, parfois, la demande de traitement est liée à des problèmes plus généraux, comme un trouble du comportement chez les jeunes. Par ailleurs, certaines études récentes mettent également en évidence une hausse du nombre d'adolescents demandant un traitement pour usage de cannabis qui présentent également des problèmes de santé mentale — il pourrait s'agir d'un facteur important influençant la demande de traitement <sup>(78)</sup>.

Il convient également de mieux comprendre les besoins des usagers de cannabis au niveau de la population. L'OEDT estime que l'UE compte quelque 3 millions d'usagers intensifs de cannabis (définis comme ayant une consommation quotidienne ou quasi-quotidienne de cannabis). Bien que le nombre des personnes nécessitant une intervention ne soit pas connu, le nombre des demandes de traitement pour usage de cannabis est faible par rapport à ce chiffre.

Les données disponibles donnent à penser que les patients traités pour une dépendance au cannabis dans les centres de soins ambulatoires sont relativement jeunes. Pratiquement tous les nouveaux patients suivant un traitement pour usage de cannabis ont moins de 30 ans. Les adolescents qui reçoivent un traitement spécialisé sont plus susceptibles d'être enregistrés comme ayant

<sup>(70)</sup> L'analyse de la répartition générale et des tendances repose sur les données relatives aux patients en demande de traitement dans tous les centres de traitement. L'analyse du profil des patients et des habitudes de consommation s'appuie sur les données émanant de centres de soins ambulatoires. Une analyse spécifique sur la ventilation par sexe est présentée dans la question particulière sur le genre publiée dans le rapport annuel 2006 de l'OEDT.

<sup>(71)</sup> Voir graphique TDI-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(72)</sup> Voir tableau TDI-4 (partie ii) du bulletin statistique 2006.

<sup>(73)</sup> Voir graphique TDI-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(74)</sup> Voir tableaux TDI-3 (partie iii) et TDI-4 (partie iii) du bulletin statistique 2006.

<sup>(75)</sup> Voir tableau TDI-25 du bulletin statistique 2006.

<sup>(76)</sup> Une monographie de l'OEDT sur le cannabis sera publiée dans le courant de 2007. Trois chapitres de la monographie seront consacrés à la question de l'augmentation de la demande de traitement pour usage de cannabis.

<sup>(77)</sup> Voir tableau TDI-18 du bulletin statistique 2006.

<sup>(78)</sup> <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

un problème primaire avec le cannabis que les patients d'autres groupes d'âge, le cannabis représentant 75 % des demandes de traitement des moins de 15 ans et 63 % des jeunes âgés de 15 à 19 ans <sup>(79)</sup>.

La plupart des patients déclarent avoir commencé à consommer du cannabis lorsqu'ils faisaient partie des groupes d'âge les plus jeunes, 36,8 % ayant pris du cannabis pour la première fois avant l'âge de 15 ans. Presque aucun des patients en demande de traitement ne déclare avoir pris du cannabis pour la première fois après l'âge de 29 ans <sup>(80)</sup>.

## Prévention

Des programmes de prévention universelle bien mis en œuvre peuvent retarder ou réduire le début de la consommation de substances telles que le tabac, l'alcool et le cannabis chez les jeunes. L'importance de ce facteur est mise en évidence par des preuves que les usagers qui ont commencé tôt (préadolescence et mi-adolescence) courent un risque sensiblement plus élevé de développer des problèmes de drogue, y compris une dépendance (Von Sydow e.a., 2002; Chen e.a., 2005). Un autre élément à prendre en considération pour prévenir ou retarder le début de la consommation de cannabis est le fait que les adolescents sont plus sensibles à la toxicité du cannabis.

Les profils des jeunes usagers de cannabis, tout au moins aux premiers stades de la consommation, ne diffèrent pas de ceux des jeunes consommateurs d'alcool ou de tabac. Cela confirme l'idée que la prévention universelle des jeunes ne doit pas être uniquement axée sur le cannabis, mais doit également viser la prévention de la consommation d'alcool et de tabac.

La dimension de genre est un élément important dans la prévention de l'usage du cannabis (voir la question particulière sur le genre). Les garçons sont plus susceptibles de s'engager dans un usage plus intensif, peut-être parce que les filles sont plus sensibles à la désapprobation parentale et plus prudentes dans le choix de leurs camarades. Cependant, cette situation change dans la mesure où le rôle traditionnel des hommes et des femmes évolue dans les sociétés modernes. Dans plusieurs pays européens, des projets visant à prévenir l'usage de cannabis et d'alcool (Bagmaendene au Danemark; Beer-Group en Allemagne et Risflecting en Autriche) tentent de résoudre l'inaptitude à la communication des garçons. Il est notoire que l'une des raisons de la consommation intensive d'alcool et de cannabis chez les garçons est leur difficulté à aborder les filles, et ces projets proposent donc une formation au flirt.

La prévention sélective en milieu scolaire vise les facteurs de risques associés à l'usage de drogue comme l'abandon scolaire précoce, les comportements antisociaux, les

mauvais résultats scolaires, le faible niveau de relations et la fréquentation irrégulière des cours, ainsi qu'un mauvais apprentissage dû à la consommation de drogue.

Le projet allemand «Stoned at school» («camé à l'école») a pour but de former à la détection et à l'intervention précoce, à la prévention de l'usage de cannabis et à l'établissement de contacts entre l'école et les structures de conseils sur la drogue. À l'instar de projets similaires menés en Autriche, le programme de formation compte dix modules pour sensibiliser les enseignants à l'usage de cannabis et les aider à identifier les élèves à risques.

Les centres spécifiques de conseils sur la drogue sont courants en Allemagne, en France et aux Pays-Bas. Depuis janvier 2005, plus de 250 centres de «consultation cannabis» ont ouvert leurs portes sur tout le territoire français. Destinées aux adolescents en difficulté en raison de leur usage de cannabis ou d'autres drogues, ainsi qu'à leurs parents, ces structures sont anonymes, gratuites et ouvertes à tous. Elles sont situées dans les grandes villes de France pour un accès aisé. Les consultations sont données par des professionnels formés à l'utilisation d'outils d'évaluation et à des interventions brèves en matière d'addiction. Ces professionnels sont également capables de désigner les services sociaux, médicaux ou psychiatriques adaptés aux patients qui nécessitent des soins spécialisés. Ce nouveau type de structure doit faire l'objet d'une étude de suivi. Les premières données disponibles après deux ou trois mois de fonctionnement donnent des chiffres de fréquentation compris entre 3 500 et 4 000 personnes par mois, dont quelque 2 000 ou 2 500 usagers de cannabis (les autres étant des parents, des membres de la famille et des éducateurs). D'autres stratégies consistent à proposer des stages de courte durée, mais structurés, comprenant une dizaine de séances de groupe (Allemagne, Danemark, Pays-Bas, Autriche). Un manuel d'accompagnement SKOLL (formation au contrôle de soi) a été lancé dans le cadre d'un projet Euregio néerlandais et allemand.

Les «cours de formation» spécifiques au cannabis reposent souvent sur le fait que la consommation ou la possession de cannabis est illégale et que les participants sont envoyés par le système judiciaire. La motivation en ce qui concerne la participation à ces groupes réside essentiellement dans le fait que la fréquentation de ces cours est obligatoire dans le cadre d'une sanction pénale. Néanmoins, ces méthodes permettent d'établir le contact avec au moins une partie du groupe à risques.

De nombreuses initiatives européennes de prévention sélective visent à fournir des informations sur le cannabis. Diverses approches davantage axées sur des données démontrées, y compris la restructuration normative (par exemple, apprendre que la plupart des pairs désapprouvent

<sup>(79)</sup> Voir tableau TDI-10 (partie i) et (partie ii) du bulletin statistique 2006.

<sup>(80)</sup> Voir tableau TDI-11 (partie ii) et (partie ix) du bulletin statistique 2006.

l'usage de drogue), la formation à l'assertivité, la motivation et la fixation d'objectifs, ainsi que la rectification de mythes (sur les valeurs associées au cannabis) doivent encore devenir des éléments standards des programmes de prévention du cannabis. Une méta-analyse récente des programmes de prévention destinés aux jeunes à risques (Roe et Becker, 2005) a montré que les approches fondées sur l'information ont peu ou pas d'impact sur les comportements ou les habitudes de consommation, qu'il s'agisse de prévention universelle ou sélective. Les mêmes auteurs concluent que les programmes globaux sur l'influence sociale ont un effet important sur les jeunes à risques.

Les quelques rares évaluations disponibles des projets européens de prévention sélective du cannabis (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants et autres; voir plus haut et EDDRA à l'adresse <http://eddra.emcdda.europa.eu>) font apparaître un élément important, à savoir l'efficacité des techniques globales d'influence sociale. Parmi les effets positifs obtenus par ces techniques, on peut citer une réduction de la consommation, une perception personnelle plus grande de l'usage problématique de drogue, une réduction des principaux facteurs de risques et des problèmes connexes et une augmentation du contrôle de soi et de la motivation.

### Intervention brève pour les usagers de cannabis

Une intervention brève est une approche dont le but est de faire réfléchir les gens à leur consommation de drogue et de leur donner les compétences pour la contrôler. Ce concept repose dans une large mesure sur des entretiens de motivation, une approche sans confrontation ni jugement qui analyse les valeurs et les objectifs du patient ainsi que son autoévaluation de sa consommation, et qui renvoie des informations sur les différences entre l'image que le patient a de lui-même et sa situation réelle.

Une intervention brève vise souvent une personne qui se trouve à un stade précoce de l'usage de drogue ou de la consommation d'alcool afin d'éviter qu'elle ne développe par la suite de graves problèmes de drogue. L'efficacité des interventions brèves dans la prévention de l'excès d'alcool et de tabac a été démontrée, et l'application de cette approche à d'autres substances suscite un intérêt croissant.

Une intervention brève est très utile dans le cadre des mesures de prévention sélective destinées aux usagers de cannabis qui n'ont normalement pas de contacts avec les centres de traitement. Dans le cas d'usagers intensifs de cannabis, des programmes éducatifs prônant l'abstinence peuvent ne pas donner de résultats.

Les interventions brèves ont un bon rapport coût/efficacité et conviennent particulièrement bien aux usagers de cannabis, dans

la mesure où elles donnent de bons résultats avec des usagers de drogue qui:

- ont peu de problèmes avec leur usage de drogue;
- ont un faible degré de dépendance;
- consomment de la drogue depuis peu de temps;
- ont un environnement stable (social, scolaire, familial);
- sont peu décidés ou hésitants quant à une modification de leur usage de drogue.

Ce type d'approche est désormais utilisé dans plusieurs pays dont l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Autriche et le Royaume-Uni, où les interventions peuvent prendre la forme de conseil, de «cours sur le cannabis», voire de sites internet d'autoassistance. Ainsi, le site internet allemand abritant un programme de conseil «Quit the Shit» ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) est une approche novatrice, qui se sert de la télématique et s'adresse aux usagers de cannabis qui veulent réduire leur consommation ou arrêter la drogue. Des sites similaires comprenant un volet d'autoassistance existent aux Pays-Bas (site Jellinek: [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html)) et au Royaume-Uni (site HIT: [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/)).





## Chapitre 4

# Amphétamines, ecstasy et autres substances psychoactives

Dans beaucoup de pays européens, la deuxième substance illicite la plus couramment utilisée est une forme ou l'autre de drogue de synthèse. La consommation de ces substances dans la population est généralement faible, mais les taux de prévalence dans les tranches d'âge plus jeunes sont sensiblement supérieurs, et, dans certains environnements sociaux ou groupes culturels, l'usage de ces drogues peut être particulièrement répandu. Dans l'ensemble, les amphétamines (amphétamines et méthamphétamines) et l'ecstasy comptent parmi les drogues de synthèse les plus fréquentes.

Les amphétamines et les méthamphétamines sont des stimulants du système nerveux central. De ces deux substances, les amphétamines sont de loin les plus aisément disponibles en Europe. De par le monde, les niveaux croissants de consommation de méthamphétamines sont très préoccupants dans la mesure où cette drogue est associée à une série de graves problèmes de santé. En Europe, la consommation importante de méthamphétamines semble limitée à la République tchèque.

L'ecstasy fait référence à des substances de synthèse chimiquement liées aux amphétamines, mais dont les effets sont, dans une certaine mesure, différents. La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est le 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamines (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les pilules d'ecstasy (MDA, MDREA, etc.). Ces drogues sont parfois appelées «entactogènes», une référence à leurs effets très spécifiques d'altération de l'humeur. Elles provoquent parfois des effets plus généralement causés par des substances hallucinogènes.

Historiquement, le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) est la substance hallucinogène de loin la plus connue; toutefois, les niveaux globaux de consommation sont faibles et assez stables depuis longtemps. Récemment, des preuves sont apparues de la disponibilité et de l'usage accru de substances hallucinogènes naturelles, notamment des champignons hallucinogènes.

Afin de déceler les nouvelles substances qui apparaissent sur le marché européen de la drogue, l'UE a mis en place un système d'alerte rapide. Ce système surveille

également les nouvelles tendances potentiellement dangereuses dans l'usage des substances psychoactives.

### Offre et disponibilité <sup>(81)</sup>

La production d'amphétamines et d'ecstasy est difficile à quantifier parce qu'elle «se fait au départ de produits chimiques courants, dans des laboratoires faciles à dissimuler» (ONU DC, 2003a). Les estimations les plus récentes concernant la production annuelle mondiale d'amphétamines et d'ecstasy se montent à 520 tonnes environ (ONU DC, 2003b). Les saisies globales de ces substances ont culminé à 46 tonnes en 2000. Après un recul en 2001 et 2002, les saisies ont à nouveau augmenté pour atteindre 34 tonnes en 2003 et sont redescendues à 29 tonnes en 2004. En 2004, la part des méthamphétamines dans les saisies globales d'ecstasy et d'amphétamines a chuté à 38 % (contre 66 % en 2003), l'ecstasy représentant 29 % des saisies et les amphétamines 20 % (CND, 2006).

### Amphétamines

Dans le monde, la production d'amphétamines reste concentrée en Europe centrale et occidentale et, en particulier en Belgique, aux Pays-Bas et en Pologne. Dans cette sous-région, l'Estonie, la Lituanie et la Bulgarie jouent également un rôle important dans la fabrication illicite d'amphétamines, tout comme, mais dans une moindre mesure, l'Allemagne, l'Espagne et la Norvège, ainsi que le montre le démantèlement de laboratoires d'amphétamines en 2004 dans ces pays (ONU DC, 2006) <sup>(82)</sup>. En dehors de l'Europe, les amphétamines sont surtout fabriquées en Amérique du Nord et en Océanie (CND, 2006). En 2004, le trafic d'amphétamines est resté essentiellement intrarégional. La majeure partie des amphétamines trouvées sur les marchés illicites européens proviennent de Belgique, des Pays-Bas et de Pologne, mais aussi d'Estonie et de Lituanie (dans les pays nordiques) (rapports nationaux Reitox, 2005; OMD, 2005).

Sur les 6 tonnes d'amphétamines saisies dans le monde en 2004, près de 97 % l'ont été en Europe, surtout en Europe centrale et occidentale et en Europe du Sud-Est (soit, respectivement, 67 et 26 % des quantités totales saisies) (CND, 2006).

<sup>(81)</sup> Voir «Interprétation des données sur les saisies de drogue et des autres données relatives au marché», p. 37.

<sup>(82)</sup> Le nombre de laboratoires démantelés déclarés dans les différents pays reflète, outre le nombre de sites de production, les activités et les priorités de la répression et les pratiques de déclaration.

En 2004, on estime que 33 000 saisies d'amphétamines, représentant 5,2 tonnes et 9,6 millions d'unités, ont été réalisées dans l'UE. En termes de nombre de saisies et de poids saisi, le Royaume-Uni est depuis longtemps le champion des saisies d'amphétamines dans l'UE <sup>(83)</sup>. La Turquie a déclaré avoir intercepté 9,5 millions d'unités d'amphétamines en 2004. En dépit de quelques fluctuations, au niveau de l'UE, tant le nombre total de saisies d'amphétamines <sup>(84)</sup> que les quantités saisies <sup>(85)</sup> ont augmenté depuis 1999, et, sur la base des conclusions des pays déclarants, cette tendance à la hausse semble s'être poursuivie en 2004.

En 2004, le prix de vente moyen au détail des amphétamines allait de 4 euros le gramme en Slovaquie à 64 euros le gramme à Malte <sup>(86)</sup>. Entre 1999 et 2004, les prix des amphétamines, corrigés de l'inflation <sup>(87)</sup>, ont globalement baissé en Allemagne, en Espagne, en Irlande, en Lettonie, en Lituanie, en Suède, au Royaume-Uni, en Bulgarie, en Turquie et en Norvège <sup>(88)</sup>.

La pureté moyenne des amphétamines en 2004 oscillait entre 5 à 6 % en Bulgarie et jusqu'à 44 % en Norvège <sup>(89)</sup>. Les données disponibles <sup>(90)</sup> sur la pureté moyenne des amphétamines au cours de la période 1999-2004 font apparaître une tendance généralement en baisse en Lettonie, en Lituanie, au Luxembourg, en Finlande et en Norvège et en hausse en Belgique, en Allemagne, en France, en Italie, en Hongrie et en Autriche.

### Méthamphétamines

Au niveau mondial, en termes de quantités fabriquées et vendues de manière illicite, les méthamphétamines continuent à devancer les amphétamines et l'ecstasy, bien que leur pourcentage dans les saisies totales ait baissé en 2004. Elles restent les plus fabriquées en Asie de l'Est et du Sud-Est (Chine, Philippines, Myanmar, Thaïlande), suivies par l'Amérique du Nord et l'Amérique centrale

(États-Unis, Canada, Mexique). En 2004, 11 tonnes de méthamphétamines ont été saisies dans le monde, dont 59 % en Asie de l'Est et du Sud-Est et 37 % en Amérique du Nord (CND, 2006). En Europe, la production de méthamphétamines est en grande partie limitée à la République tchèque, où elle est produite depuis le milieu des années 80 sous le nom de «pervitine». Toutefois, en 2004, une production a été signalée en Slovaquie et en Bulgarie, où des laboratoires ont été démantelés (rapports nationaux Reitox, 2005; ONUDC, 2006). La majeure partie de la production tchèque de méthamphétamines est destinée au marché local, mais une partie passe en contrebande en Allemagne, en Autriche et en Slovaquie (rapports nationaux Reitox, 2005). En 2004, la Belgique, la République tchèque, le Danemark, l'Estonie, la Grèce, la France, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, l'Autriche, la Slovaquie, la Suède, la Roumanie et la Norvège ont déclaré des saisies de méthamphétamines, ce dernier pays enregistrant le nombre le plus élevé de saisies et les quantités les plus importantes <sup>(91)</sup>.

En 2004, le prix <sup>(92)</sup> au détail des méthamphétamines en République tchèque variait entre 12 et 63 euros le gramme, tandis que leur pureté moyenne <sup>(93)</sup> était comprise entre 43 % en Slovaquie et 50 % en République tchèque.

### Ecstasy

Dans l'ensemble, l'Europe reste le principal centre de production d'ecstasy, bien que son importance relative semble décliner depuis l'essaimage, ces dernières années, de la fabrication d'ecstasy dans d'autres parties du monde, en particulier en Amérique du Nord (États-Unis, Canada) et en Asie de l'Est et du Sud-Est (Chine, Indonésie, Hong Kong) (CND, 2006; ONUDC, 2006). Bien que les Pays-Bas soient restés la principale source d'ecstasy en Europe et dans le monde en 2004, des laboratoires d'ecstasy ont également été découverts en Belgique, en Estonie, en Espagne et en Norvège (rapports nationaux Reitox, 2005; ONUDC, 2006).

<sup>(83)</sup> Cette situation devra être vérifiée à la lumière des données de 2004 pour le Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives à la fois aux saisies d'amphétamines et aux quantités d'amphétamines saisies en 2004 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni. Les données sur les quantités d'amphétamines saisies n'étaient pas disponibles pour la Slovaquie en 2004. Les données relatives au nombre de saisies d'amphétamines n'étaient pas disponibles pour les Pays-Bas en 2004. Aux fins de l'estimation, les données manquantes de 2004 ont été remplacées par celles de 2003. Les données sur les quantités saisies en 2004 qui ont été transmises par les Pays-Bas n'étaient que des estimations, et elles n'ont donc pas pu être reprises dans l'analyse des tendances de 2004.

<sup>(84)</sup> Voir tableau SZR-11 du bulletin statistique 2006.

<sup>(85)</sup> Voir tableau SZR-12 du bulletin statistique 2006.

<sup>(86)</sup> Voir tableau PPP-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(87)</sup> 1999 est l'année de référence pour la valeur monétaire dans tous les pays.

<sup>(88)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives aux prix des amphétamines étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: Belgique, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Lettonie, Lituanie, Pologne, Suède, Royaume-Uni, Bulgarie, Turquie et Norvège.

<sup>(89)</sup> Voir tableau PPP-8 du bulletin statistique 2006. Il est à noter que les niveaux moyens déclarés de pureté des amphétamines peuvent cacher des variations dans la pureté des échantillons analysés.

<sup>(90)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives à la pureté des amphétamines étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: Belgique, Allemagne, Estonie, France, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Hongrie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Finlande, Royaume-Uni, Turquie et Norvège.

<sup>(91)</sup> Les données de 2004 fournies par l'Allemagne, l'Italie, le Luxembourg et les Pays-Bas ne permettent pas de distinguer les saisies d'amphétamines et de méthamphétamines, tandis que l'Irlande et le Royaume-Uni n'ont pas fourni de données sur les saisies de drogue en 2004. Il est par conséquent difficile de savoir si des saisies de méthamphétamines ont eu lieu dans ces cinq pays en 2004.

<sup>(92)</sup> Voir tableau PPP-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(93)</sup> Voir tableau PPP-8 du bulletin statistique 2006.

L'ecstasy saisie dans l'UE provenait des Pays-Bas et de Belgique et, dans une moindre mesure, de Pologne et du Royaume-Uni (rapports nationaux Reitox, 2005).

Le trafic d'ecstasy est toujours extrêmement concentré en Europe occidentale, bien que, à l'instar de la production, il se soit répandu à travers le monde ces dernières années. Sur les 8,5 tonnes (en équivalent poids) d'ecstasy saisies dans le monde en 2004, 50 % ont été interceptés en Europe centrale et occidentale, 23 % en Amérique du Nord et 16 % en Océanie (CND, 2006).

Selon les estimations, 24 000 saisies ont permis la confiscation de 28,3 millions de comprimés d'ecstasy dans l'UE en 2004. Jusqu'en 2003, le Royaume-Uni avait saisi les quantités les plus élevées d'ecstasy, suivi par l'Allemagne, la France et les Pays-Bas <sup>(94)</sup>.

Après une croissance rapide entre 1999 et 2001, le nombre de saisies d'ecstasy <sup>(95)</sup> dans l'UE a baissé en 2002-2003. Toutefois, les données fournies par les pays déclarants indiquent une nouvelle progression en 2004. Les quantités d'ecstasy <sup>(96)</sup> saisies ont augmenté entre 1999 et 2002, et, après une forte chute en 2003, les données disponibles pour 2004 témoignent qu'elles ont retrouvé leur niveau de 2002.

En 2004, le prix moyen de vente au détail de comprimés d'ecstasy s'échelonnait de moins de 3 euros la pièce en Lituanie et en Pologne à 15 à 25 euros en Grèce et en Italie <sup>(97)</sup>. Au cours de la période 1999-2004, le prix moyen au détail de l'ecstasy, corrigé de l'inflation <sup>(98)</sup>, a chuté dans la plupart des pays déclarants <sup>(99)</sup>.

De manière générale, la plupart des comprimés vendus comme ecstasy en Europe contenaient du MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA), qui était généralement la seule substance psychotrope présente. En République tchèque, en Grèce, en Lettonie, en Lituanie,

en Hongrie, aux Pays-Bas, en Slovaquie, en Finlande, au Royaume-Uni et en Norvège, ces comprimés représentaient plus de 95 % du nombre total de comprimés analysés en 2004. L'exception à cette constatation est la Bulgarie, où un pourcentage élevé (61 %) des comprimés analysés contenait des amphétamines et/ou des méthamphétamines comme seule substance psychotrope. La teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy varie considérablement selon les lots (même parmi ceux arborant le même logo), tant à l'intérieur d'un pays qu'entre les pays. En 2004, la teneur moyenne de substance active (MDMA) par comprimé d'ecstasy oscillait entre 30 et 82 mg <sup>(100)</sup> (rapports nationaux Reitox, 2005).

## LSD

Le LSD est fabriqué et vendu illégalement sur une échelle beaucoup plus réduite que les autres drogues de synthèse. On estime à 700 le nombre de saisies réalisées dans l'UE en 2004, soit 220 000 unités de LSD. Depuis 2002, l'Allemagne est le pays qui a saisi les plus grandes quantités de LSD par an, devant le Royaume-Uni <sup>(101)</sup>. Entre 1999 et 2002, le nombre de saisies <sup>(102)</sup> et la quantité de LSD saisie <sup>(103)</sup> ont baissé dans l'UE. Cependant, les données disponibles suggèrent que, en 2003 et en 2004, le nombre des saisies de LSD et les quantités interceptées ont augmenté pour la première fois en neuf ans, avec des quantités relativement importantes de drogue saisies en Allemagne, en France, en Lituanie, aux Pays-Bas et en Pologne en 2004.

En 2004, le coût moyen pour l'utilisateur d'une dose de LSD était compris entre 2,5 euros au Portugal et 11,6 euros à Malte <sup>(104)</sup>. Les prix moyens du LSD, corrigés de l'inflation <sup>(105)</sup>, ont suivi une tendance générale à la baisse <sup>(106)</sup> entre 1999 et 2004 en République tchèque, en Irlande, en Pologne, en Slovaquie et en Suède, mais ont augmenté en Allemagne et en France.

<sup>(94)</sup> Cette situation doit être vérifiée à la lumière des données de 2004 pour le Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives à la fois au nombre de saisies d'ecstasy et aux quantités d'ecstasy saisies en 2004 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni. Les données sur le nombre de saisies d'ecstasy n'étaient pas disponibles pour les Pays-Bas en 2004. Aux fins de l'estimation, les données manquantes de 2004 ont été remplacées par celles de 2003. Les données relatives aux quantités saisies en 2004 qui ont été transmises par les Pays-Bas n'étaient que des estimations et n'ont donc pas pu être reprises dans l'analyse des tendances de 2004.

<sup>(95)</sup> Voir tableau SZR-13 du bulletin statistique 2006.

<sup>(96)</sup> Voir tableau SZR-14 du bulletin statistique 2006.

<sup>(97)</sup> Voir tableau PPP-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(98)</sup> 1999 est l'année de référence pour la valeur monétaire dans tous les pays.

<sup>(99)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives aux prix de l'ecstasy étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: Belgique, République tchèque, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Chypre, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Pologne, Portugal, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni, Bulgarie, Turquie et Norvège.

<sup>(100)</sup> Cette fourchette repose sur les données provenant de quelques pays seulement, à savoir le Danemark, l'Allemagne, la France, le Luxembourg et les Pays-Bas.

<sup>(101)</sup> Cette situation devra être vérifiée à la lumière des données de 2004 pour le Royaume-Uni lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives à la fois au nombre de saisies de LSD et aux quantités de LSD saisies en 2004 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni. Les données sur le nombre de saisies de LSD n'étaient pas disponibles pour Chypre, les Pays-Bas, la Pologne et la Bulgarie. Aux fins de l'estimation, les données manquantes de 2004 ont été remplacées par celles de 2003. Les données relatives aux quantités saisies en 2004 qui ont été transmises par les Pays-Bas n'étaient que des estimations et n'ont donc pas pu être reprises dans l'analyse des tendances de 2004.

<sup>(102)</sup> Voir tableau SZR-15 du bulletin statistique 2006.

<sup>(103)</sup> Voir tableau SZR-16 du bulletin statistique 2006.

<sup>(104)</sup> Voir tableau PPP-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(105)</sup> Voir note 98 de bas de page.

<sup>(106)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données sur les prix du LSD étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: République tchèque, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Lituanie, Pologne, Portugal, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni, Roumanie et Norvège.

## Action internationale contre la production et le trafic d'amphétamines et d'ecstasy

Dans le domaine des drogues de synthèse, Europol dirige le projet Synergy depuis décembre 2004 <sup>(107)</sup>. Ce projet est soutenu par vingt États membres de l'UE et certains pays tiers et englobe un fichier de travail analytique (AWF — Analytical Work File) et des sous-projets opérationnels menés dans plusieurs pays de l'UE, ainsi qu'une série d'instruments servant à des fins analytiques et stratégiques, comme le système des logos d'ecstasy d'Europol (EELS) (qui comprend un catalogue des logos d'ecstasy) et le système de comparaison des laboratoires clandestins d'Europol (ELICS). Europol apporte toujours son aide au projet CHAIN <sup>(108)</sup> sur le profilage des amphétamines et à l'unité européenne d'enquête sur les précurseurs (EUJP — European joint unit on precursors). Outre l'assistance d'experts sur le terrain pour le démantèlement de la production illicite de drogues de synthèse, des sous-projets se sont récemment concentrés sur la comparaison des laboratoires démantelés, sur la découverte de décharges de produits chimiques servant de point de départ aux enquêtes, sur le traçage des machines servant à fabriquer les comprimés et sur les investigations relatives au trafic de produits chimiques précurseurs vers l'UE.

Le projet Prisme est une initiative internationale lancée pour empêcher le détournement de précurseurs utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse grâce à un système de notifications à l'Office international de contrôle des stupéfiants (OICS) avant l'exportation légale de ces substances et de déclaration des lots bloqués et des saisies réalisées en cas de transactions suspectes.

L'éphédrine et la pseudoéphédrine sont des précurseurs majeurs des méthamphétamines, tandis que le 1-phényl-2-propanone (P-2-P) sert également à fabriquer des amphétamines, que le 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (3,4-MDP-2-P), le safrole et les huiles riches en safrole servent à la fabrication illicite de MDMA et que le pipéronal est utilisé pour la synthèse de MDA <sup>(109)</sup>.

Le commerce licite de l'éphédrine et de la pseudoéphédrine représentait un total de, respectivement, 526 et 1 207 tonnes en 2004. Les principales saisies de ces produits chimiques ont été enregistrées en Amérique du Nord et en Asie du Sud-Est, mais la dispersion des saisies dans toutes les régions constitue une source d'inquiétudes. La contrebande d'éphédrine et de pseudoéphédrine en Europe provient essentiellement d'Asie de l'Ouest. En 2004, 2,6 tonnes d'éphédrine et 1 kilogramme de

pseudoéphédrine ont été saisis en Europe <sup>(110)</sup>. Les saisies étaient généralement modestes et provenaient de nombreux laboratoires différents, situés pour la majorité en République tchèque, bien qu'une importante saisie d'éphédrine provenant du Pakistan ait été effectuée en Grèce.

En Europe, le projet Prisme a concentré ses activités sur la prévention de la contrebande de 3,4-MDP-2-P et de P-2-P vers l'UE pour la fabrication illicite, respectivement, de MDMA et d'amphétamines. En 2004, les saisies de 3,4-MDP-2-P et de P-2-P ont été les plus importantes jamais rapportées dans le monde, l'Europe ayant saisi les plus grandes quantités de 3,4-MDP-2-P et les États-Unis celles de P-2-P. En Europe, les saisies se sont élevées en 2004 à 10 131 litres de 3,4-MDP-2-P (surtout aux Pays-Bas et en Belgique) et à 9 297 litres de P-2-P (essentiellement en Pologne et aux Pays-Bas) <sup>(111)</sup>.

Le pipéronal a de nombreuses utilisations licites, mais il peut également servir de précurseur dans la fabrication de 3,4-MDP-2-P, de MDA ou de MDMA (OICS, 2006b). Entre novembre 2004 et octobre 2005, plus de 150 lots de 3 800 tonnes ont été déclarés à l'OICS (2006b). La Chine a déclaré la plus grande saisie de pipéronal en 2004 (13 tonnes). En Europe, 2,4 tonnes ont été saisies, dont la quasi-totalité en Roumanie <sup>(112)</sup>.

Toutes les régions du monde ont enregistré des saisies de safrole, mais les quantités restent peu importantes, à l'exception de la Chine, qui fait état de saisies de plus de 100 kilogrammes. En Europe, 122 litres de safrole ont été saisis en 2004, principalement en Lettonie, mais aussi en Lituanie.

## Prévalence et modes de consommation

Traditionnellement, les enquêtes de population ont montré qu'après le cannabis, les amphétamines et l'ecstasy sont les substances illicites les plus couramment consommées, bien que leur prévalence globale soit inférieure à celle du cannabis. La consommation d'ecstasy s'est popularisée au cours des années 90, tandis que les amphétamines sont utilisées depuis beaucoup plus longtemps.

Parmi les États membres de l'UE, la consommation d'amphétamines <sup>(113)</sup> et d'ecstasy ne semble élevée que dans quelques pays, à savoir la République tchèque, l'Estonie et le Royaume-Uni.

Des enquêtes récentes menées auprès de la population adulte (15 à 64 ans) font apparaître que la prévalence de l'usage d'amphétamines au cours de la vie oscille en

<sup>(107)</sup> Le projet Synergy a fusionné les projets CASE et Genesis, qui ont débuté en 2002.

<sup>(108)</sup> La Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) est une initiative de profilage de médecine légale qui a remplacé le projet pilote CASE.

<sup>(109)</sup> Tous sont repris dans le tableau I de la convention de 1988.

<sup>(110)</sup> Les données sur les saisies n'incluent pas les quantités impliquées dans les lots bloqués.

<sup>(111)</sup> Voir note 110 de bas de page.

<sup>(112)</sup> Voir note 110 de bas de page.

<sup>(113)</sup> Dans le cadre des enquêtes de population, les données sur l'«usage d'amphétamines» incluent l'usage d'«amphétamines» et de «méthamphétamines» et les regroupent en une seule catégorie.

Europe entre 0,1 et 5,9 %, à l'exception du Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), où elle grimpe à 11,2 %. En moyenne, 3,1 % environ des adultes européens ont pris au moins une fois des amphétamines. Après le Royaume-Uni, les pays dont les chiffres sont les plus élevés sont le Danemark (5,9 %), la Norvège (3,6 %) et l'Allemagne (3,4 %). La consommation au cours des douze derniers mois est sensiblement inférieure, à savoir 0,6 % en moyenne (fourchette comprise entre 0 et 1,4 %). Sur la base des enquêtes sur la population en général, on estime que près de 10 millions d'Européens ont goûté à cette substance et que plus de 2 millions d'entre eux ont pris des amphétamines au cours des douze derniers mois <sup>(114)</sup>.

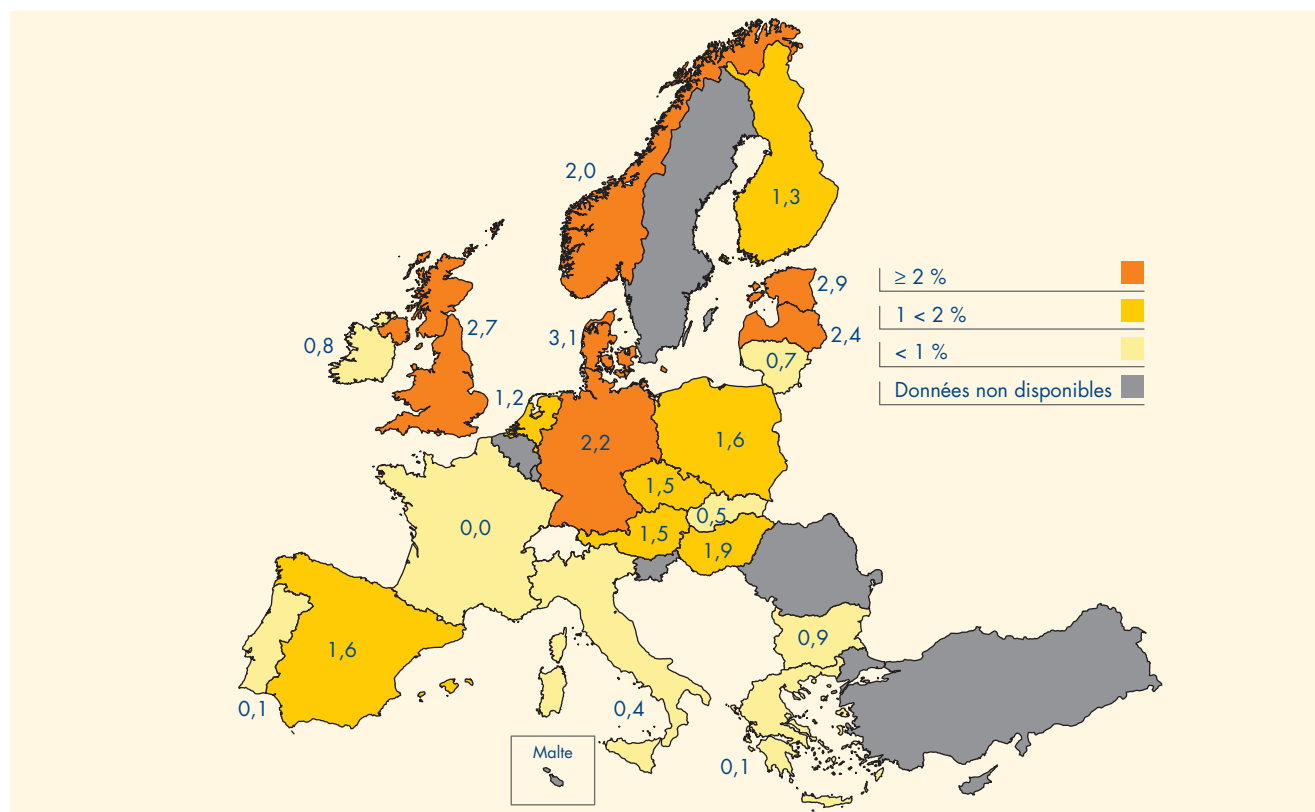
L'expérience de la consommation d'amphétamines est rapportée par un pourcentage de jeunes adultes (15 à 34 ans) compris entre 0,1 et 9,6 %, le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) enregistrant un taux de prévalence au cours de la vie de 16,5 % (ce qui pourrait être le reflet d'un phénomène historique, voir plus loin). La moitié des pays qui fournissent des données ont des taux de prévalence inférieurs à 4 %, les taux les plus élevés après le Royaume-Uni étant ceux du Danemark (9,6 %), de la Norvège (5,9 %) et de l'Allemagne (5,4 %). En moyenne, 4,8 % des jeunes Européens ont goûté aux

amphétamines. Le Danemark (3,1 %) et l'Estonie (2,9 %) affichent les taux de prévalence les plus élevés de l'année précédente <sup>(115)</sup>. On estime que, en moyenne, 1,4 % des jeunes Européens ont pris des amphétamines au cours des douze derniers mois (voir aussi graphique 4).

Entre 0,2 et 7,1 % des adultes (avec une moyenne de 2,6 %) ont goûté à l'ecstasy. La moitié des pays déclarent des taux de prévalence de 1,8 % ou moins, les taux les plus élevés étant enregistrés en République tchèque (7,1 %) et au Royaume-Uni (6,7 %). La prévalence de l'usage d'ecstasy au cours des douze derniers mois s'échelonne entre 0,2 et 3,5 %, mais la moitié des pays mentionnent des taux de prévalence égaux ou inférieurs à 0,5 %. On estime que près de 8,5 millions d'Européens ont pris de l'ecstasy et que 3 millions environ en ont consommé au cours des douze derniers mois.

Parmi les jeunes adultes européens, la prévalence de l'usage d'ecstasy au cours de la vie se situe à 5,2 % en moyenne, avec une fourchette comprise entre 0,5 et 14,6 %, bien que des taux inférieurs à 3,6 % soient rapportés par la moitié des pays. La République tchèque (14,6 %), le Royaume-Uni (12,7 %) et l'Espagne (8,3 %) affichent les taux de prévalence les plus élevés.

**Graphique 4:** Prévalence au cours de la dernière année de l'usage d'amphétamines chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles pour chaque pays au moment de la transmission des données. Voir tableaux GPS-8 et GPS-11 dans le bulletin statistique 2006 pour de plus amples informations.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

<sup>(114)</sup> Pour la méthode de calcul, voir note 53 de bas de page.

<sup>(115)</sup> Voir graphiques GPS-15 et GPS-16 du bulletin statistique 2006.

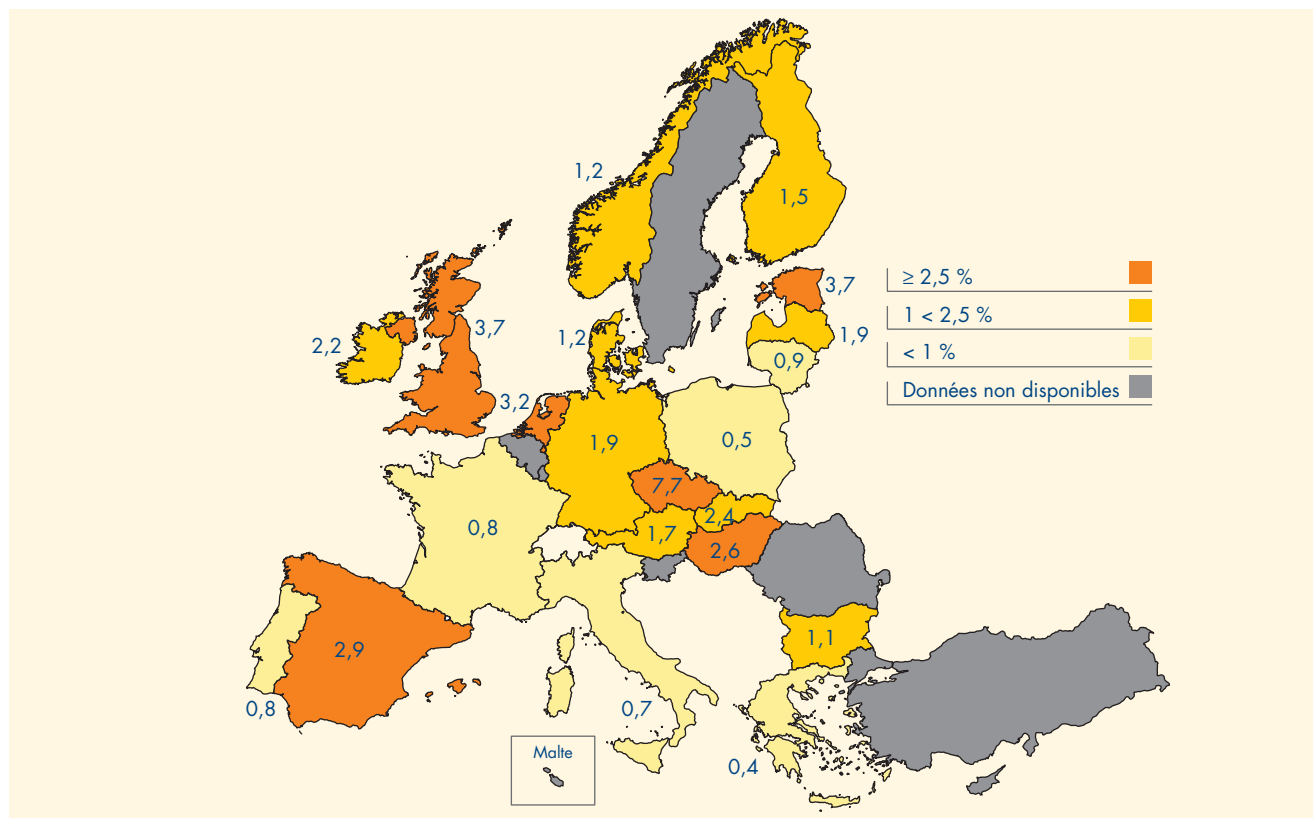
La consommation d'ecstasy est un phénomène qui touche essentiellement les jeunes. Dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans, l'usage au cours de la vie se situe entre 0,4 et 18,7 %, les chiffres les plus élevés étant ceux de la République tchèque (18,7 %) <sup>(116)</sup> et du Royaume-Uni (10,7 %), et les pourcentages sont plus élevés chez les hommes (0,3 à 23,2 %) que chez les femmes (0,4 à 13,9 %). L'usage au cours des douze derniers mois fluctue entre 0,3 et 12 %, la République tchèque (12 %) et l'Estonie (6,1 %) se situant en haut de l'échelle (graphique 5). Sept pays déclarent des taux de prévalence au cours du dernier mois inférieurs à 3 %. Les taux de prévalence sont généralement supérieurs dans les zones urbaines et, en particulier, parmi les personnes qui fréquentent les discothèques, les boîtes de nuit ou les soirées dansantes (voir la question particulière sur l'usage de drogue dans les lieux de divertissement).

Chez les élèves de 15-16 ans, les enquêtes montrent que la prévalence globale de l'usage d'ecstasy au cours de la vie a augmenté entre 1995 et 2003, les

hausse les plus fortes se faisant sentir en République tchèque et dans la plupart des nouveaux États membres de l'UE <sup>(117)</sup>. L'enquête ESPAD en milieu scolaire de 2003 (Hibell e.a., 2004) a conclu que les estimations de prévalence au cours de la vie de l'usage d'amphétamines restaient supérieures de 1 à 3 % à celles de l'ecstasy dans six États membres (Allemagne, Danemark, Estonie, Lituanie, Autriche et Pologne) <sup>(118)</sup>.

À titre de comparaison, l'enquête nationale américaine de 2004 sur l'usage de drogue et la santé indique que 4,6 % des adultes (définis comme des personnes âgées de 12 ans et plus) ont déclaré avoir pris de l'ecstasy dans leur vie, et 0,8 % déclaraient en avoir consommé au cours des douze derniers mois (les chiffres correspondants pour l'UE sont de 2,6 et 0,9 %). Chez les jeunes adultes âgés de 16 à 34 ans, l'expérience au cours de la vie était de 11,3 et de 2,2 % pour l'usage au cours des douze derniers mois (contre 5,2 et 1,9 %, respectivement, en Europe) <sup>(119)</sup>.

**Graphique 5:** Prévalence au cours de la dernière année de l'usage d'ecstasy chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles pour chaque pays au moment de la transmission des données. Voir tableaux GPS-8 et GPS-11 dans le bulletin statistique 2006 pour de plus amples informations.  
Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

<sup>(116)</sup> En République tchèque, le groupe d'âge interrogé était les 18 à 24 ans.

<sup>(117)</sup> Voir graphique EYE-2 (partie i) du bulletin statistique 2006.

<sup>(118)</sup> Voir graphique EYE-2 (partie vi) du bulletin statistique 2006.

<sup>(119)</sup> Source: Samhsa, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Il est à noter que la tranche d'âge de l'enquête américaine (12 ans et plus) est plus large que celle rapportée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15 à 64 ans). Les chiffres relatifs aux «jeunes adultes» (16 à 34 ans) de l'enquête américaine ont été recalculés par l'OEDT.

L'usage de LSD au cours de la vie chez les adultes est compris entre 0,2 et 5,9 %, deux tiers des pays déclarant des taux de prévalence allant de 0,4 à 1,7 %. Chez les jeunes adultes (15 à 34 ans), la prévalence de l'usage de LSD au cours de la vie varie de 0,3 à 9 %, ce chiffre ne dépassant pas 4,5 % dans la tranche d'âge des 15-24 ans. La prévalence de la consommation de cette substance au cours des douze derniers mois chez les jeunes de 15 à 24 ans ne dépasse 1 % qu'en République tchèque, Estonie, Lettonie, Hongrie, Pologne et Bulgarie.

### Tendances

Les nouvelles enquêtes de population montrent que la consommation d'amphétamines et d'ecstasy, qui avait suivi une courbe ascendante ces dernières années, pourrait se stabiliser, voire décroître. Au Royaume-Uni et dans deux autres États membres où la consommation de ces drogues était relativement élevée (République tchèque et Espagne), l'usage d'amphétamines au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes se stabilise désormais, voire s'inscrit à la baisse <sup>(120)</sup>. De même, la consommation d'ecstasy semble diminuer, voire chuter, dans deux pays où la prévalence était élevée (Espagne et Royaume-Uni), mais pas en République tchèque <sup>(121)</sup>.

### Données relatives aux demandes de traitement — Amphétamines et ecstasy <sup>(122)</sup>

Bien que le nombre de demandes de traitement pour usage d'amphétamines et d'ecstasy soit en hausse, de manière générale, dans la plupart des pays, cette forme de consommation de drogue est rarement la raison principale pour suivre un traitement <sup>(123)</sup>. On observe toutefois une exception importante: quelques pays déclarent un nombre important de demandes de traitement pour usage d'amphétamines ou de méthamphétamines. En République tchèque, en Slovaquie, en Finlande et en Suède, ces drogues représentent entre environ un quart et la moitié des demandes totales de traitement <sup>(124)</sup>. En République tchèque et en Slovaquie, un grand nombre des demandes de traitement déclarées concernent un problème primaire de méthamphétamines (voir encadré sur les méthamphétamines). Dans les pays où les usagers de méthamphétamines représentent une part importante des demandes de traitement, entre un et deux tiers des patients prennent des amphétamines par voie intraveineuse <sup>(125)</sup>.

### Usage de méthamphétamines et problèmes connexes

Des problèmes considérables liés à l'usage de méthamphétamines ont été signalés dans de nombreuses régions du monde, y compris aux États-Unis, en Asie du Sud-Est, dans le Pacifique et en Afrique (ONUDC, 2006). La consommation de méthamphétamines peut induire de graves problèmes de santé, dont la psychose et la dépendance, et peut déclencher des comportements à risques, certains pouvant aboutir à la transmission du VIH.

Historiquement, l'usage de méthamphétamines en Europe était concentré en République tchèque, où l'on recense, selon les estimations, deux fois plus d'usagers de méthamphétamines (pervitine) à problème (20 300) que d'usagers d'opiacés à problème (9 700). Ces dernières années, les méthamphétamines sont devenues la drogue primaire la plus fréquente déclarée par les personnes qui demandent un traitement pour la première fois en Slovaquie, et des niveaux élevés de consommation de méthamphétamines ont également été observés dans certaines sous-populations en Hongrie. Dans leurs rapports Reitox 2005, sept autres pays (Danemark, France, Lettonie, Slovénie, Royaume-Uni, Bulgarie et Norvège) ont fait état d'une augmentation des saisies et/ou de l'usage de cette drogue, essentiellement parmi les personnes qui fréquentent assidûment les boîtes de nuit et les événements festifs. À l'heure actuelle, les informations disponibles ne permettent pas de tirer de conclusions définitives sur la tendance de l'usage de méthamphétamines dans ces pays. Néanmoins, la propagation des méthamphétamines dans d'autres régions du monde et les risques potentiels de graves problèmes de santé causés par cette drogue imposent une vigilance permanente dans ce domaine.

Les demandes de traitement pour usage d'ecstasy représentent moins de 1 % de l'ensemble des demandes dans la plupart des pays, à l'exception de l'Irlande, de Chypre, de la Hongrie et de la Turquie, où les patients usagers d'ecstasy comptent pour 4 à 6 % de l'ensemble des patients en demande de traitement.

### Tendances en matière d'usage de drogues nouvelles ou émergentes

Les estimations de prévalence pour l'usage de drogues nouvelles ou émergentes sont nettement inférieures à celles relatives à l'usage de substances illicites mieux établies. Au départ, de nouvelles habitudes de consommation seront vraisemblablement adoptées par quelques individus,

<sup>(120)</sup> Voir graphiques GPS-6 et GPS-17 du bulletin statistique 2006.

<sup>(121)</sup> Voir graphiques GPS-8, GPS-18 et GPS-30 du bulletin statistique 2006.

<sup>(122)</sup> Voir note 70 de bas de page.

<sup>(123)</sup> Voir graphique TDI-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(124)</sup> Voir tableau TDI-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(125)</sup> Voir tableau TDI-17 (partie iii) du bulletin statistique 2006.

au sein de petits sous-groupes de la population ou dans des lieux géographiquement limités. En conséquence, l'identification et le contrôle des nouvelles tendances requièrent une approche différente de celle utilisée pour la surveillance des principaux modes de consommation.

### Champignons hallucinogènes: étude de cas d'une nouvelle tendance

Jusqu'il y a peu, le LSD était la substance hallucinogène la plus répandue. Cette situation est peut-être en train de changer à mesure que l'on voit augmenter la consommation de champignons hallucinogènes <sup>(126)</sup>. La disponibilité des champignons hallucinogènes semble s'être accrue à la fin des années 90, lorsqu'ils ont commencé à être commercialisés avec d'autres produits «naturels» dans des «smart shops» aux Pays-Bas et ailleurs <sup>(127)</sup>. Ainsi, au Royaume-Uni, par exemple, au début des années 2000, le nombre de magasins vendant des champignons hallucinogènes s'est multiplié, et, en 2005, on estimait à environ 300 le nombre de magasins et d'échoppes qui en vendaient dans le pays. La vente de champignons hallucinogènes par l'internet est également apparue, avec des sites, essentiellement établis aux Pays-Bas, qui vendent des champignons frais, des kits de culture et des spores. La commercialisation en ligne de champignons hallucinogènes se déroule dans différentes langues, essentiellement en anglais, en français et en allemand, ce qui implique une large clientèle internationale.

Des enquêtes récentes menées dans l'UE auprès de la population adulte et en milieu scolaire indiquent que, chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, l'usage au cours de la vie de champignons hallucinogènes est compris entre moins de 1 % et 8 % <sup>(128)</sup>. Les estimations de prévalence au cours de la vie de la consommation de champignons hallucinogènes parmi les élèves de 15-16 ans sont égales ou supérieures à celles de la prévalence au cours de la vie de l'usage d'ecstasy dans neuf États membres de l'UE (Hibell e.a., 2004). Toutefois, certains indices donnent à penser que les pourcentages de continuité de la consommation de champignons hallucinogènes sont inférieurs à ceux de la plupart des autres drogues. Il s'agit d'une caractéristique commune à la consommation des substances hallucinogènes, qui traduit le fait que les jeunes choisissent généralement de limiter ce genre de consommation de drogue à l'expérimentation et passent rarement au stade d'un usage régulier.

Les rapports concernant des problèmes de santé chroniques ou aigus nécessitant une intervention médicale pour

consommation de champignons hallucinogènes sont rares. Cependant, certains pays ont modifié leur législation pour répondre à l'usage de ces substances hallucinogènes chez les jeunes. Bien que les principes actifs des champignons, à savoir la psilocybine et la psilocine, fassent déjà l'objet d'un contrôle au niveau international dans le cadre de la convention des Nations unies sur les substances psychoactives de 1971, il appartenait jusqu'il y a peu au parquet de déterminer si ces substances sont interdites lorsqu'elles sont contenues dans un champignon afin d'éviter de pénaliser les propriétaires de terrains où ces champignons poussent naturellement. Six pays ont renforcé leurs législations sur les champignons au cours des cinq dernières années (Danemark, Allemagne, Estonie, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni). Les changements introduits par ces pays étendent l'interdiction aux champignons hallucinogènes, bien que les contrôles juridiques ne s'appliquent pas toujours exactement aux mêmes champignons ou aux mêmes états de préparation.

En 2004, la République tchèque, l'Allemagne, l'Estonie, la Grèce, la Lituanie, la Hongrie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Slovénie, la Slovaquie, la Suède et la Norvège ont déclaré des saisies de champignons hallucinogènes <sup>(129)</sup>. Le nombre et la quantité des saisies de champignons hallucinogènes sont généralement faibles, et ces données ne permettent de dégager aucune tendance claire.

### GHB et kétamine

Le gamma-hydroxybutyrate (GHB) et la kétamine sont contrôlés en raison des préoccupations suscitées en 2000 au niveau européen par l'abus de ces substances dans un cadre récréatif <sup>(130)</sup>. En mars 2001, le système de contrôle des stupéfiants des Nations unies a ajouté le GHB à la liste des substances contrôlées au niveau international. À la suite de cela, tous les États membres de l'UE ont actualisé leur législation pour inclure cette substance. Plus récemment, en mars 2006, l'OICS a recommandé que l'OMS accélère son étude pour déterminer si la kétamine devait être placée sous contrôle international (OICS, 2006a). À l'échelle nationale, la kétamine est contrôlée dans le cadre de la législation antidrogue et non en vertu de la réglementation sur les médicaments dans près de la moitié des États membres de l'Union européenne.

Les rares données disponibles sur la prévalence du GHB et de la kétamine suggèrent que l'usage de ces substances s'est stabilisé à des niveaux bas dans la plupart des pays. Les études sur les populations à prévalence élevée

<sup>(126)</sup> Dans ce rapport, l'expression «champignons hallucinogènes» fait uniquement référence aux champignons contenant les substances psychoactives «psilocybine» et «psilocine». Les espèces de champignons contenant d'autres substances psychoactives sont utilisées plus rarement. Pour plus d'informations, voir le document thématique de l'OEDT sur les champignons hallucinogènes ([www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)).

<sup>(127)</sup> Ces magasins vendent des produits licites et essentiellement naturels, dont des champignons hallucinogènes.

<sup>(128)</sup> Données de l'OEDT provenant du questionnaire modèle européen. Onze États membres fournissent des données sur les champignons hallucinogènes (République tchèque, Danemark, Allemagne, France, Irlande, Lituanie, Hongrie, Pays-Bas, Pologne, Finlande, Royaume-Uni).

<sup>(129)</sup> Rapports nationaux Reitox (Allemagne, Estonie, Pays-Bas, Norvège) et questionnaire du réseau du système d'alerte rapide de l'OEDT (République tchèque, Grèce, Hongrie, Pologne, Portugal, Slovénie, Slovaquie, Suède).

<sup>(130)</sup> Rapport d'évaluation des risques de l'action commune (2000).



donnent à penser que même parmi les usagers de drogue récréatifs, ces deux substances sont moins couramment utilisées que d'autres telles que les amphétamines, l'ecstasy, le LSD et les champignons hallucinogènes.

Les décès et les urgences non fatales qui seraient associés à l'usage de GHB et de kétamine sont très rares. Toutefois, l'absence de systèmes précis et comparables d'enregistrement des décès et des urgences non fatales liés à l'usage de ces substances limite la disponibilité des données dans ce domaine. Deux pays ont déclaré des décès liés au GHB, généralement en association avec d'autres drogues. Le service municipal de santé d'Amsterdam a enregistré une hausse du nombre d'urgences non fatales par an qui peuvent être attribuées à la consommation de GHB, qui est passé de 25 en 2000 à 98 en 2004, soit plus que le nombre d'urgences médicales liées à l'usage d'ecstasy, d'amphétamines, de LSD ou de champignons hallucinogènes. En Suède, le dépistage de GHB (ou de ses précurseurs, le GBL et le 1,4-BD) dans des échantillons de fluides corporels est passé de 24 cas en 1997 à 367 en 2004. Des décès liés au GHB ont également été recensés en Suède: entre 1996 et 2004, cette substance a été détectée dans 36 décès liés à la drogue, dont neuf ont eu lieu en 2004. En Angleterre et au pays de Galles, en 2003, le rapport du coroner a mentionné la présence de GHB dans trois décès, dont un où il était la seule drogue citée (ONS, 2006). Cependant, les informations toxicologiques d'un hôpital du Royaume-Uni, qui couvre une vaste région, indiquent que du GHB a été découvert dans cinq décès entre mai et décembre 2005 <sup>(131)</sup>.

Étant donné que le GHB est soluble dans l'eau et dans l'alcool et en raison de ses effets potentiellement incapacitants, souvent suivis d'amnésie, on craint qu'il ne soit utilisé pour les agressions sexuelles facilitées par la drogue (les «viols commis par une connaissance» ou «date rapes»). Cependant, étant donné que ces cas ne sont pas toujours déclarés, que les preuves apportées par la médecine légale sont rares et que ces crimes sont difficiles à établir, l'étendue de ce phénomène n'est pas clairement prouvée. Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires pour déterminer la nature et l'ampleur de ce phénomène potentiellement inquiétant.

## Actions relatives aux nouvelles drogues

En 2005, la transition s'est faite sans heurt et sans interruption dans l'échange d'informations entre l'action commune de 1997 et la nouvelle décision du Conseil (2005/387/JAI). Au total, 14 nouvelles substances psychoactives ont officiellement été notifiées pour la première fois à l'OEDT et à Europol. Il s'agit de substances psychotropes (de synthèse) similaires à celles énumérées aux annexes I et II de la convention des Nations unies sur

les substances psychoactives de 1971. Les substances récemment notifiées font partie de trois grandes familles chimiques: les phénéthylamines, les tryptamines et les pipérazines. Diverses substances de ces groupes avaient déjà été notifiées et sont actuellement surveillées dans le cadre du système d'alerte rapide (SAP) <sup>(132)</sup>.

Le nouveau développement le plus significatif survenu en 2005 a été l'apparition et la diffusion rapide de la nouvelle substance psychoactive qu'est la 1-(3-chlorophényl)pipérazine (mCPP). La mCPP est une pipérazine avec substitution du noyau aromatique, comme la benzylpipérazine (BZP), une

### Décision du Conseil sur les nouvelles substances psychoactives

La 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 <sup>(1)</sup> crée un mécanisme d'échange rapide d'informations sur les nouvelles substances psychoactives susceptibles de représenter un danger pour la santé publique et la société, permettant par là même aux institutions de l'UE et aux États membres d'agir lors de l'apparition de nouveaux stupéfiants et de nouvelles substances psychotropes sur le marché européen de la drogue. L'OEDT et Europol, en étroite coopération avec leurs réseaux respectifs — les points focaux nationaux Reitox (PFN) et les unités nationales d'Europol (UNE) — se sont vu confier un rôle majeur dans la détection et la notification des nouvelles substances psychoactives. La décision prévoit également une évaluation des risques liés à ces nouvelles substances de sorte que les mesures applicables dans les États membres pour le contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes <sup>(2)</sup> puissent aussi s'appliquer aux nouvelles substances psychoactives, le cas échéant. La décision élargit la portée et remplace l'action commune de 1997 <sup>(3)</sup>, qui portait uniquement sur les nouvelles drogues de synthèse. Elle maintient toutefois l'approche en trois temps mise en place par l'action commune: échange d'informations/alerte rapide, évaluation des risques et prise de décision.

<sup>(1)</sup> La décision 2005/387/JAI du Conseil relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives a été publiée au *Journal officiel de l'Union européenne* le 20 mai 2005 (JO L 127, p. 32-37) et est entrée en vigueur le 21 mai 2005. La décision s'applique aux substances qui ne sont pas encore inscrites dans les annexes aux conventions des Nations unies de 1961 et de 1971 sur le contrôle des drogues.

<sup>(2)</sup> Conformément aux dispositions de la convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 et de la convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971.

<sup>(3)</sup> Action commune du 16 juin 1997 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles drogues de synthèse (JO L 167 du 25.6.1997).

<sup>(131)</sup> Information provenant du système d'alerte rapide. Le nombre relativement élevé de décès liés au GHB dans ce rapport reflète probablement l'intérêt manifesté pour le GHB par ce laboratoire hospitalier.

<sup>(132)</sup> Sur les neuf drogues de synthèse qui ont fait l'objet d'une évaluation des risques entre 1997 et 2004 dans le cadre de l'action commune, les six substances qui ont ensuite été contrôlées au niveau de l'UE étaient toutes des phénéthylamines.

substance surveillée par le système d'alerte rapide depuis 1999. L'OEDT et Europol ont reçu les premières notifications officielles de signalement de la mCPP en février-mars 2005. Elles concernaient des échantillons trouvés en France et en Suède. À la fin de 2005, des comprimés contenant de la mCPP ont été saisis par les services répressifs ou trouvés dans le cadre de diverses activités de loisirs (festivals de danse ou de musique en plein air, discothèques, etc.) dans presque tous les États membres. Ils sont pratiquement toujours élaborés de manière à ressembler à de l'ecstasy et sont, selon toute hypothèse, vendus comme telle. Cette drogue est surtout disponible sous la forme de comprimés, et les effets subjectifs de la mCPP et du MDMA sont en partie comparables (Bossong e.a., 2005). Par ailleurs, la mCPP est souvent combinée à du MDMA. Étant donné qu'il est peu probable qu'il s'agisse du résultat d'une contamination accidentelle, cette constatation donne à penser que l'ajout délibéré de mCPP pourrait avoir pour but de renforcer ou de modifier les effets du MDMA. Il semble

qu'il n'existe qu'une faible demande ou un petit marché spécifique pour la mCPP proprement dite dans l'UE.

La mCPP a été plus souvent identifiée par les États membres que n'importe quelle autre nouvelle substance psychoactive depuis que le SAP a commencé à surveiller les nouvelles drogues (de synthèse) en 1997. En l'espace d'un an, vingt États membres, sans compter la Roumanie et la Norvège, ont identifié ce produit.

Dans un rapport commun, l'OEDT et Europol ont recommandé que, conformément aux dispositions de la décision du Conseil, aucune évaluation formelle des risques ne soit réalisée dans la mesure où il est établi que la mCPP entre dans la fabrication d'au moins un médicament. Toutefois, le rapport relevait également qu'en dépit du fait qu'il existe actuellement peu de preuves de risques significatifs associés à la mCPP sur le plan social ou de la santé publique, cette question doit demeurer ouverte en l'absence d'une évaluation scientifique approfondie des risques.

#### **«Usage de drogue dans les lieux de divertissement» dans *Rapport annuel 2006 de l'OEDT — Questions particulières***

L'usage de drogue et les activités de détente des jeunes sont souvent liés. En particulier, les études portant sur les jeunes qui assistent à des événements musicaux ou de danse mentionnent régulièrement des estimations largement supérieures de la prévalence de l'usage de drogue que les enquêtes de population en général, avec des niveaux particulièrement élevés d'usage de stimulants. Les différences entre les pays peuvent-elles s'expliquer par la variété des lieux commerciaux de divertissement nocturne existants, par la culture musicale, la disponibilité de drogue ou les revenus? Ces aspects sont étudiés dans cette question particulière.

Les nouveaux développements intervenus dans la promotion des drogues récréatives sur l'internet et dans l'usage de ces drogues posent de nouveaux défis en matière de politique, de prévention et de réduction des risques. Ces éléments sont analysés dans la question particulière, qui passe également en revue les initiatives novatrices en matière de prévention et de réduction des risques introduites dans l'Union européenne au cours de la dernière décennie pour répondre au problème complexe de l'interaction entre les activités de loisirs et l'usage de drogue par les jeunes.

Cette question particulière est disponible sur support papier («Developments in drug use within recreational settings», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) et sur l'internet en version anglaise uniquement (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Chapitre 5

### Cocaïne et crack

#### Offre et disponibilité de la cocaïne <sup>(133)</sup>

##### Production et trafic

La cocaïne est la drogue qui fait l'objet du commerce illicite le plus intense dans le monde après l'herbe et la résine de cannabis. En termes de volumes saisis (578 tonnes dans le monde en 2004), le trafic de cocaïne se concentre toujours surtout en Amérique du Sud (44 %) et en Amérique du Nord (34 %), suivies par l'Europe centrale et occidentale (15 %) (CND, 2006).

La Colombie est de loin le premier producteur mondial de feuilles de coca illicites dans le monde, devant le Pérou et la Bolivie. La production mondiale de cocaïne a été estimée à la hausse à 687 tonnes en 2004. La Colombie y a contribué à hauteur de 56 %, le Pérou de 28 % et la Bolivie de 16 % (ONUUDC, 2005). La majeure partie de la cocaïne saisie en Europe provient directement d'Amérique du Sud (essentiellement de Colombie) ou transite par l'Amérique centrale et les Caraïbes. En 2004, le Suriname, le Brésil, l'Argentine, le Venezuela, l'Équateur, Curaçao, la Jamaïque, le Mexique, la Guyana et Panama étaient considérés comme des pays de transit pour la cocaïne importée dans l'UE (rapports nationaux Reitox, 2005; OMD, 2005; CND, 2006; OICS, 2006a; Europol, 2006). Les autres régions de transit sont l'Afrique, de plus en plus l'Afrique de l'Ouest et les pays du golfe de Guinée (principalement le Nigeria), mais également l'Afrique de l'Est (Kenya) et l'Afrique du Nord-Ouest par les îles situées au large de la côte mauritanienne et du Sénégal (CND, 2006; OICS, 2006a). Les principaux points d'entrée dans l'UE sont toujours l'Espagne, les Pays-Bas et le Portugal, mais aussi la Belgique, la France et le Royaume-Uni (rapports nationaux Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Bien que l'Espagne et les Pays-Bas continuent à jouer un rôle

important en tant que centres de distribution de la cocaïne qui entre dans l'UE, les contrôles renforcés le long de la côte septentrionale de l'Espagne (Galice) et la politique de contrôle exhaustif des vols en provenance de certains pays <sup>(134)</sup> à l'aéroport de Schiphol (Amsterdam) peuvent avoir eu une incidence sur le développement de routes alternatives, qui passent de plus en plus par l'Afrique, mais aussi par l'Europe centrale et orientale, et sur la distribution secondaire au départ de ces routes vers l'Europe occidentale (rapports nationaux Reitox, 2005; OMD, 2005; OICS, 2006a).

##### Saisies

En 2004, on estime que 60 000 saisies, soit 74 tonnes, de cocaïne ont été réalisées dans l'Union européenne. La plupart des saisies de cocaïne sont enregistrées dans des pays d'Europe occidentale, en particulier en Espagne, qui représente près de la moitié des saisies et des quantités interceptées dans l'UE au cours des cinq dernières années <sup>(135)</sup>. Au cours de la période comprise entre 1999 et 2004, le nombre de saisies de cocaïne <sup>(136)</sup> a globalement augmenté dans l'UE, tandis que les quantités saisies <sup>(137)</sup> ont fluctué, mais en suivant une tendance à la hausse. Cependant, sur la base des informations fournies par les pays déclarants, les quantités semblent avoir baissé en 2004, peut-être en raison de la quantité exceptionnelle saisie en Espagne l'année précédente.

##### Prix et pureté

En 2004, le prix moyen au détail de la cocaïne variait sensiblement au sein de l'UE, allant de 41 euros le gramme en Belgique à plus de 100 euros le gramme à Chypre, en Roumanie et en Norvège <sup>(138)</sup>. Les prix moyens de la cocaïne, corrigés de l'inflation <sup>(139)</sup>, ont suivi une tendance à la baisse entre 1999 et 2004

<sup>(133)</sup> Voir «Interprétation des données sur les saisies de drogue et des autres données relatives au marché», p. 37.

<sup>(134)</sup> Tous les vols en provenance des Antilles néerlandaises, d'Aruba, du Suriname, du Pérou, du Venezuela et de l'Équateur sont contrôlés à 100 %. En 2004, 3 466 passeurs de drogue ont été arrêtés dans le cadre de ces contrôles et 620 autres dans le cadre de contrôles réguliers (rapport national néerlandais).

<sup>(135)</sup> Cette situation doit être vérifiée à la lumière des données manquantes de 2004 lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives à la fois au nombre de saisies de cocaïne et aux quantités de cocaïne saisies en 2004 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni. Les données sur le nombre de saisies de cocaïne n'étaient pas disponibles pour les Pays-Bas en 2004. Aux fins de l'estimation, les données manquantes de 2004 ont été remplacées par celles de 2003. Les données sur les quantités saisies en 2004 qui ont été transmises par les Pays-Bas n'étaient que des estimations et elles n'ont donc pas pu être reprises dans l'analyse des tendances de 2004.

<sup>(136)</sup> Voir tableau SZR-9 du bulletin statistique 2006.

<sup>(137)</sup> Voir tableau SZR-10 du bulletin statistique 2006.

<sup>(138)</sup> Voir tableau PPP-3 du bulletin statistique 2006.

<sup>(139)</sup> 1999 est l'année de référence pour la valeur monétaire dans tous les pays.

dans tous les pays déclarants <sup>(140)</sup>, à l'exception du Luxembourg, où le prix a baissé jusqu'en 2002 avant de remonter, et de la Norvège, où les prix ont fortement augmenté en 2001 puis se sont ensuite stabilisés.

Comparée à l'héroïne, la pureté moyenne de la cocaïne au niveau du consommateur est élevée, s'échelonnant en 2004 entre 24 % au Danemark et 80 % en Pologne, tandis que la plupart des pays rapportaient une pureté comprise entre 40 et 65 % <sup>(141)</sup>. Les données disponibles pour la période 1999-2004 montrent une diminution globale de la pureté moyenne de la cocaïne dans la plupart des pays déclarants <sup>(142)</sup>, bien qu'elle ait augmenté en Estonie (depuis 2003), en France et en Lituanie et soit restée stable au Luxembourg et en Autriche.

### Action internationale contre la production et le trafic de cocaïne

Le projet COLA, dirigé par Europol, vise à identifier et à cibler les groupes criminels latino-américains et leurs associés qui opèrent à destination et à l'intérieur de l'Union européenne et s'occupent essentiellement du trafic de cocaïne. Ce projet apporte notamment un soutien opérationnel aux enquêtes en cours dans les États membres participants et améliore le tableau fourni par les renseignements stratégiques collectés. Il est complété par le système des logos de la cocaïne d'Europol, qui reprend, dans un catalogue mis à jour chaque année, le mode opératoire et des informations photographiques et autres sur les saisies de cocaïne et sur les logos/marques figurant sur les drogues et leur emballage afin d'identifier les correspondances entre les saisies et de promouvoir la coopération internationale en matière de répression et d'échange d'informations (Europol, 2006).

L'opération Purple, qui se poursuit depuis 1999, tend à empêcher le détournement de permanganate de potassium <sup>(143)</sup> du commerce licite en vue de la fabrication illicite de cocaïne, en particulier dans les Amériques. Le commerce licite de permanganate de potassium est étendu: depuis 1999, trente pays exportateurs ont transmis 4 380 notifications préalables à l'exportation à l'OICS pour une quantité totale supérieure à 136 560 tonnes de permanganate de potassium. Depuis 1999, 233 lots portant sur plus de 14 316 tonnes de cette substance

ont été suspendus ou saisis en raison de doutes sur la légitimité des commandes ou des utilisateurs finals, et des détournements de produit ont été identifiés. En 2004, 1,4 tonne de permanganate de potassium a été saisie en Europe, essentiellement dans la Fédération de Russie, en Roumanie et en Ukraine <sup>(144)</sup> (OICS, 2006b).

Les trafiquants semblent avoir trouvé des solutions pour échapper aux contrôles et aux mécanismes de surveillance mis en place dans le cadre de l'opération Purple. En effet, bien que la fabrication illicite de cocaïne ne soit pas associée à l'Asie, les autorités craignent de plus en plus que les trafiquants ne se tournent vers cette région pour détourner du permanganate de potassium du commerce licite. Les mêmes préoccupations s'appliquent à la sous-région andine par l'intermédiaire des îles Caraïbes. Par conséquent, tout en reconnaissant certains succès dans l'identification de transactions douteuses et dans l'interception de certains lots, l'OICS (2006b) a lancé un appel aux gouvernements afin de mettre au point des procédures opérationnelles pour remonter les informations provenant des saisies dans les laboratoires de fabrication de cocaïne afin de retrouver la source des produits chimiques, d'identifier les pays de transit et d'enquêter sur les sociétés commerciales, de façon que les trafiquants aient de plus en plus de mal à déplacer leurs activités.

### Prévalence et modes de consommation de la cocaïne

Comme l'indiquent les récentes enquêtes nationales de population, près de 10 millions d'Européens <sup>(145)</sup> ont consommé au moins une fois de la cocaïne (prévalence au cours de la vie), soit plus de 3 % des adultes <sup>(146)</sup>. Les chiffres nationaux sur la consommation déclarée s'échelonnent entre 0,5 et 6 %, l'Italie (4,6 %), l'Espagne (5,9 %) et le Royaume-Uni (6,1 %) se situant dans la partie supérieure de cette fourchette. On estime qu'environ 3,5 millions d'adultes ont consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois, soit 1 % de l'ensemble de la population adulte. Dans la plupart des pays, les chiffres nationaux sont compris entre 0,3 et 1 %, bien que les niveaux de prévalence soient plus élevés en Espagne (2,7 %) et au Royaume-Uni (2 %).

<sup>(140)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives aux prix de la cocaïne étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: Belgique, République tchèque, Allemagne, Espagne, France, Irlande, Chypre, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède, Royaume-Uni, Bulgarie, Turquie et Norvège.

<sup>(141)</sup> Voir tableau PPP-7 du bulletin statistique 2006.

<sup>(142)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives à la pureté de la cocaïne étaient disponibles pour au moins trois années consécutives dans les pays suivants: Belgique, République tchèque, Danemark, Allemagne, Estonie, Espagne, France, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Hongrie, Pays-Bas, Autriche, Portugal, Slovaquie, Royaume-Uni et Norvège.

<sup>(143)</sup> Précurseur utilisé dans la fabrication de cocaïne et repris dans le tableau I de la convention de 1988.

<sup>(144)</sup> Ces données n'incluent pas les quantités impliquées dans les lots bloqués.

<sup>(145)</sup> Sur la base d'une moyenne pondérée des chiffres nationaux; pour plus de détails, voir note 53 de bas de page.

<sup>(146)</sup> Pour les chiffres détaillés de chaque pays, voir le tableau dans la section «General population surveys of drug use» du bulletin statistique 2006.

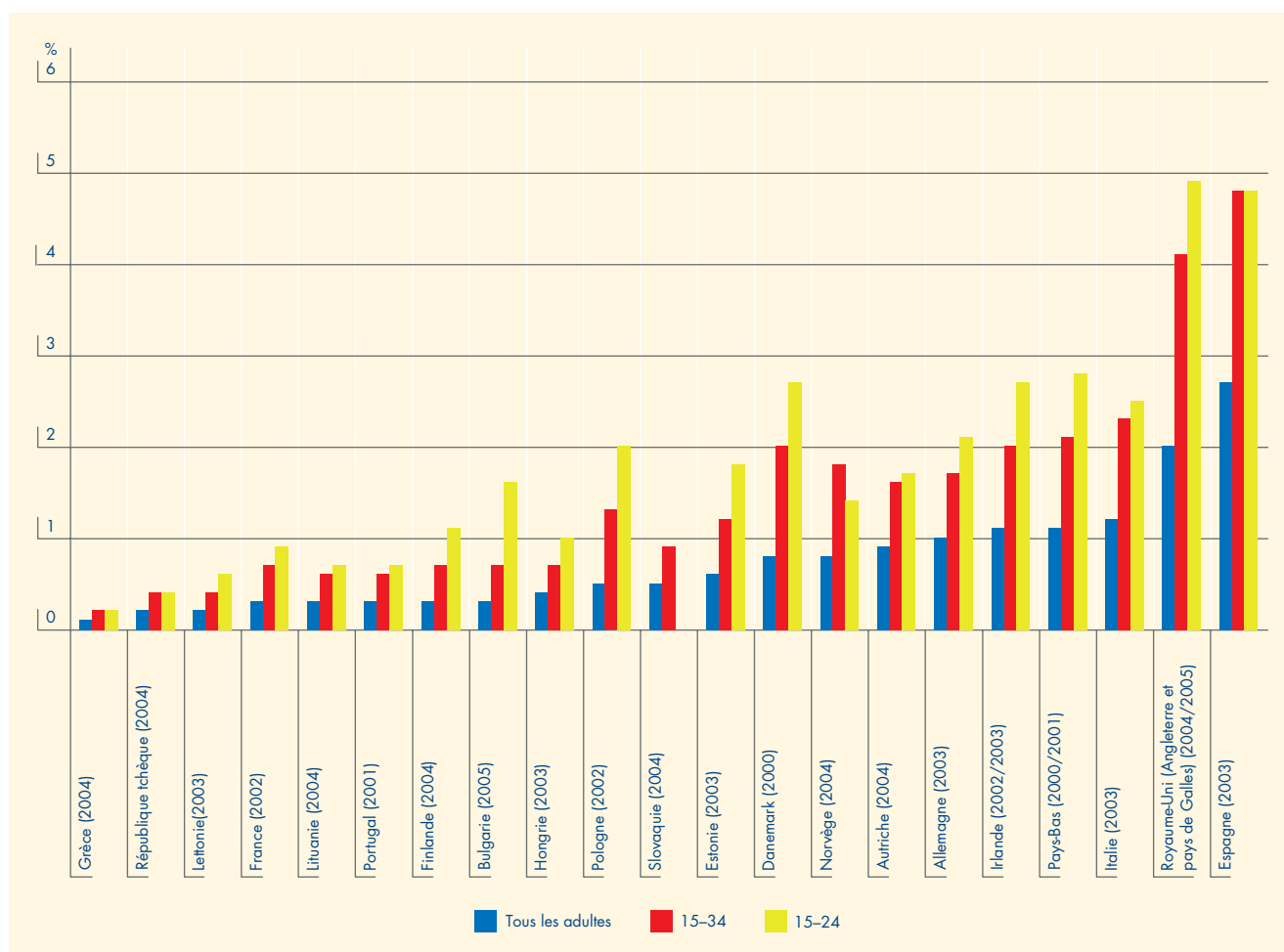
À l’instar d’autres drogues illicites, l’usage de cocaïne est concentré chez les jeunes adultes. La prévalence au cours de la vie est la plus élevée chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, bien que l’usage au cours des douze derniers mois soit légèrement supérieur chez les 15 à 24 ans. La cocaïne semble être surtout consommée par les jeunes d’une vingtaine d’années mais, par rapport au cannabis, la consommation de cocaïne est moins fréquente chez les plus jeunes. La prévalence au cours de la vie dans la tranche d’âge des 15-34 ans oscille entre 1 et 10 %, l’Espagne (8,9 %) et le Royaume-Uni (10,5 %) enregistrant une fois encore les taux les plus élevés. La consommation au cours de la dernière année est comprise dans une fourchette de 0,2 à 4,8 %. Les chiffres du Danemark, de l’Irlande, de l’Italie et des Pays-Bas avoisinent les 2 %, tandis que ceux de l’Espagne et du Royaume-Uni dépassent les 4 % (graphique 6). Les données provenant des enquêtes en milieu scolaire font apparaître un taux de prévalence de la cocaïne très faible, allant de 0 % à Chypre, en Finlande et en Suède à 6 % en Espagne,

avec des taux de prévalence au cours de la vie encore plus faibles pour le crack (de 0 à 3 %) (Hibell e.a., 2004).

La consommation de cocaïne est plus élevée chez les jeunes hommes. Ainsi, parmi les hommes âgés de 15 à 34 ans, les enquêtes menées au Danemark, en Allemagne, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Norvège montrent que la prévalence au cours de la vie fluctue entre 5 et 14 %. La prévalence au cours des douze derniers mois est inférieure, mais quatre pays ont enregistré des chiffres supérieurs à 3 %, l’Espagne et le Royaume-Uni se situant aux alentours de 6 à 7 %<sup>(147)</sup>, ce qui signifie que, dans ces pays, un jeune homme sur quinze a pris de la cocaïne récemment. Ce pourcentage est sensiblement supérieur dans les zones urbaines.

Parmi la population générale, la consommation de cocaïne semble occasionnelle et a lieu essentiellement le week-end et dans des lieux de divertissement (bars et discothèques),

**Graphique 6:** Prévalence au cours de la dernière année de l’usage de cocaïne chez les adultes (âgés de 15 à 64 ans) et chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans et de 15 à 24 ans)



NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles pour chaque pays au moment de la transmission des données. Voir tableaux GPS-8, GPS-11 et GPS-18 dans le bulletin statistique 2006 pour de plus amples informations.  
Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits d’enquêtes de population, de rapports ou d’articles scientifiques.

<sup>(147)</sup> Voir graphique GPS-9 du bulletin statistique 2006.

où elle peut atteindre des niveaux élevés. Les études menées auprès des jeunes dans des discothèques de différents pays parviennent à des estimations de prévalence de la cocaïne nettement supérieures à celles constatées dans la population générale, avec une prévalence au cours de la vie comprise entre 10 et 75 % (voir la question particulière sur l'usage de drogue dans les lieux de divertissement). L'enquête britannique sur la criminalité au cours de la période 2004-2005 a ainsi fait état d'une estimation de prévalence de substances de la « classe A » chez les jeunes fréquentant des discothèques ou des boîtes de nuit au moins deux fois supérieure à celle des personnes qui ne fréquentent pas ces endroits (Chivite-Matthews e.a., 2005) (voir également la question particulière sur l'usage de drogue dans les lieux de divertissement). En moyenne, près d'un tiers des adultes européens qui ont un jour pris de la cocaïne l'ont fait au cours des douze derniers mois. À titre de comparaison, 13 % seulement déclarent en avoir consommé au cours des trente derniers jours. Ainsi, entre 2 et 4 % des hommes âgés de 15 à 24 ans déclarent avoir pris de la cocaïne au cours des trente derniers jours en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Bulgarie <sup>(148)</sup>. Une estimation grossière de la consommation actuelle de cocaïne en Europe donnerait environ 1,5 million d'adultes âgés de 15 à 64 ans (80 % dans la tranche d'âge des 15-34 ans). Cette estimation doit être considérée comme minimaliste en raison d'un niveau probablement insuffisant de signalement.

Les modes de consommation de la cocaïne varient considérablement selon les groupes d'utilisateurs. Une étude menée dans différentes villes européennes a conclu que les utilisateurs de cocaïne socialement intégrés sniffent pour la plupart (95 %), tandis que seule une petite fraction fume ou s'injecte la cocaïne, mais que l'usage combiné de cannabis et d'alcool est très courant (Prinzleve e.a., 2004). Parmi les utilisateurs se trouvant dans des centres de traitement de la toxicomanie ou dans des groupes socialement marginalisés, l'injection est fréquente et la consommation de crack est courante à Hambourg, à Londres et à Paris et, dans une moindre mesure, à Barcelone et à Dublin. L'usage de crack dans la population européenne en général semble faible. À titre d'exemple, la prévalence de la consommation de crack était de 0,5 % en Espagne (2003) et de 0,8 % au Royaume-Uni (Chivite-Matthews e.a., 2005). Dans trois pays, la prévalence de l'usage de crack au cours de la vie a fait l'objet d'une enquête dans les boîtes de nuit, et elle était encore inférieure à celle de l'héroïne (2 % en République tchèque, 13 % au Royaume-Uni et 21 % en France). Toutefois, l'usage de crack au sein des groupes marginalisés ou des utilisateurs d'opiacés suscite des inquiétudes dans certaines villes. Ainsi, au sein d'un groupe particulier de 94 travailleurs sexuels à Amsterdam, l'estimation de la prévalence au cours de la vie de la consommation de

crack atteignait le chiffre extrêmement élevé de 91 % (Korf, 2005, cité dans le rapport national néerlandais).

À titre de comparaison, selon l'enquête nationale américaine de 2004 sur l'usage de drogue et la santé, 14,2 % des adultes (définis comme les personnes âgées de 12 ans et plus) ont déclaré avoir pris de la cocaïne dans leur vie, contre une moyenne européenne de 3 %. La consommation au cours des douze derniers mois s'élevait à 2,4 %, alors que la moyenne européenne est de 1 %, bien que certains États membres de l'UE, comme l'Espagne (2,7 %) et le Royaume-Uni (2 %), fassent état de chiffres équivalents à ceux des États-Unis <sup>(149)</sup>. Les chiffres comparativement plus élevés sur la prévalence au cours de la vie aux États-Unis pourraient en partie s'expliquer par l'usage plus ancien de la cocaïne dans ce pays.

Chez les jeunes adultes (âgés de 16 à 34 ans), les chiffres américains étaient les suivants: 14,6 % pour la prévalence au cours de la vie; 5,1 % pour la prévalence au cours des douze derniers mois et 1,7 % pour la prévalence au cours du dernier mois, alors que les chiffres moyens de l'UE pour les 15-34 ans étaient, respectivement, d'environ 5 % (au cours de la vie), 2 % (dernière année) et 1 % (dernier mois).

### Tendances de la consommation de cocaïne

Depuis plusieurs années, des données provenant de diverses sources (par exemple les indicateurs de marché, les demandes de traitement, les décès) évoquent la possibilité d'un usage croissant de cocaïne en Europe. Bien que les informations disponibles sur les tendances de la consommation de cocaïne dans la population s'améliorent du fait que davantage de pays réalisent des enquêtes répétées, les données demeurent malgré tout limitées. Dans le cas de la cocaïne, des difficultés supplémentaires doivent être surmontées, à savoir les niveaux de prévalence moindres et le niveau probablement insuffisant de signalement de sa consommation.

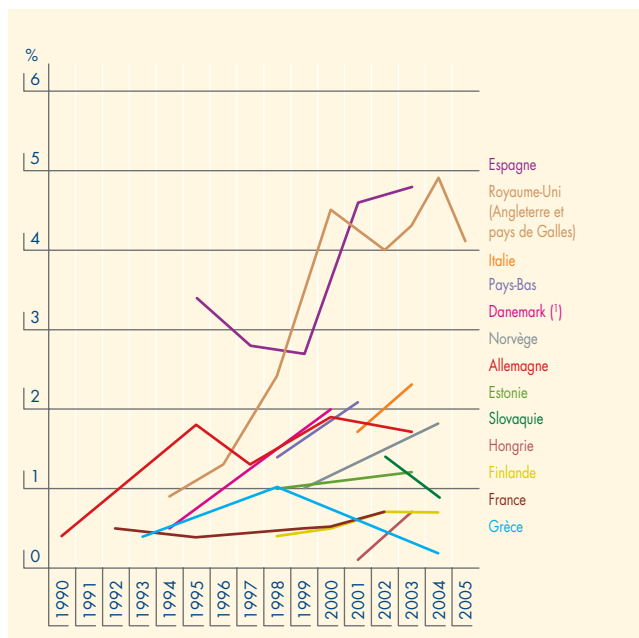
L'usage récent de cocaïne (dernière année) a fortement augmenté au cours de la seconde moitié des années 90 chez les jeunes adultes au Royaume-Uni jusqu'en 2000 et en Espagne jusqu'en 2001. Ces dernières années, la situation semble s'être stabilisée. En Allemagne, une légère augmentation a été observée durant les années 90, mais les chiffres sont restés stables ces dernières années et se sont maintenus à des niveaux nettement inférieurs à ceux de l'Espagne et du Royaume-Uni (graphique 7).

Des hausses modérées de l'usage récent ont été enregistrées au Danemark (jusqu'en 2000), en Italie, en Hongrie et aux Pays-Bas (jusqu'en 2001) ainsi qu'en Norvège. Cette tendance doit être interprétée avec prudence dans la mesure où elle ne repose que sur deux enquêtes par pays.

<sup>(148)</sup> Enquête de 2001. Dans l'enquête de 2003, la ventilation par sexe n'était pas mentionnée par tranche d'âge de dix ans.

<sup>(149)</sup> Source: Samhsa, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Il est à noter que la tranche d'âge de l'enquête américaine (12 ans et plus) est plus large que celle rapportée par l'OEDT pour les enquêtes européennes (15 à 64 ans). Les chiffres relatifs aux 16-34 ans de l'enquête américaine ont été recalculés par l'OEDT.

**Graphique 7:** Tendances de la prévalence au cours de la dernière année de l'usage de cocaïne chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



(1) Au Danemark, la valeur pour 1994 correspond aux «drogues dures».  
 NB: Les données proviennent des enquêtes nationales les plus récentes disponibles pour chaque pays au moment de la transmission des données. Voir tableau GPS-4 dans le bulletin statistique 2006 pour de plus amples informations.  
 Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

Dans le cas de la cocaïne et d'autres substances (comme l'ecstasy, les amphétamines ou les champignons hallucinogènes), les tendances pourraient être identifiées plus précisément en centrant l'analyse sur les groupes où l'usage de drogue est concentré, en particulier chez les jeunes des zones urbaines. Ces populations sont examinées plus en détail dans la question particulière sur l'usage de drogue dans les lieux de divertissement. En outre, les informations provenant des enquêtes devraient être complétées par des études spécifiques sur les jeunes de groupes particuliers (boîtes de nuit).

## Données relatives aux demandes de traitement <sup>(150)</sup>

Après les opiacés et le cannabis, la cocaïne est la drogue la plus couramment déclarée comme principale raison d'entamer un traitement et représente près de 8 % de l'ensemble des demandes de traitement dans l'UE en 2004 <sup>(151)</sup>. Il convient toutefois de relever que l'Espagne — pays qui enregistre généralement un nombre élevé de demandes de traitement pour la dépendance à la cocaïne —

n'a pas encore fourni de données. Ce chiffre global cache toutefois de fortes variations entre les pays. En effet, dans la plupart des pays, les demandes de traitement pour usage de cocaïne sont assez peu nombreuses, mais aux Pays-Bas (37 %) et historiquement en Espagne (26 % en 2002), le pourcentage des patients qui demandent un traitement pour usage de cocaïne est sensiblement plus élevé. Selon les données disponibles les plus récentes, plusieurs pays déclarent des pourcentages d'usagers de cocaïne compris entre 5 et 10 % de l'ensemble des patients en traitement (Danemark, Allemagne, France, Irlande, Italie, Chypre, Malte, Royaume-Uni et Turquie), tandis que les proportions sont très modestes dans les autres <sup>(152)</sup>. Dans plusieurs pays, sur l'ensemble des patients, le pourcentage de nouveaux patients demandant un traitement pour usage primaire de cocaïne est plus élevé <sup>(153)</sup>, et, dans l'ensemble, près de 12 % des nouvelles demandes de traitement concernent la cocaïne. La cocaïne est également déclarée comme drogue secondaire par environ 12 % des nouveaux patients <sup>(154)</sup>.

La tendance à la hausse du nombre de demandes de traitement pour usage de cocaïne observée les années précédentes se confirme. Une interpolation des données non déclarées suggère que le pourcentage de nouveaux patients en demande de traitement pour usage de cocaïne est passé de 10 à 20 % entre 1999 et 2004 (sur la base de dix-sept États membres de l'UE plus la Bulgarie et la Roumanie) <sup>(155)</sup>.

Dans l'ensemble, la plupart des demandes de traitement pour usage de cocaïne en Europe ne concernent pas le crack: environ 80 % des nouveaux patients cocaïnomanes suivant un traitement dans des centres de soins ambulatoires consomment de l'hydrochlorure de cocaïne (poudre de cocaïne) et moins de 20 % prennent du crack. Cependant, les consommateurs de crack peuvent poser des problèmes particuliers aux centres de soins dans la mesure où ils sont généralement issus d'un milieu social plus marginalisé que les consommateurs de poudre. Une étude européenne sur l'usage de cocaïne (poudre et crack) a établi un lien entre l'usage de crack et les problèmes sociaux et de santé mentale. Toutefois, l'étude indiquait également que la consommation de crack n'explique pas en elle-même les problèmes sociaux ou de santé mentale (Haasen e.a., 2005). Une étude récente menée auprès de 585 patients usagers de cocaïne et de crack en Écosse a démontré que les usagers de crack sont plus susceptibles d'avoir un long passé d'usage problématique de drogue et d'avoir pris part à des activités criminelles (Neale et Robertson, 2004, cité dans le rapport national britannique).

Si l'on examine le profil des cocaïnomanes dans les centres de soins ambulatoires, il apparaît que les

<sup>(150)</sup> Voir note 70 de bas de page.

<sup>(151)</sup> Voir graphique TDI-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(152)</sup> Voir tableau TDI-5 du bulletin statistique 2006; pour l'Espagne, les données concernent l'année 2002.

<sup>(153)</sup> Voir tableau TDI-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(154)</sup> Voir tableau TDI-23 du bulletin statistique 2006.

<sup>(155)</sup> Voir graphique TDI-1 du bulletin statistique 2006.



nouveaux patients pour lesquels la cocaïne est la drogue primaire sont généralement plus âgés que les autres usagers de drogue. Ainsi, 70 % d'entre eux appartiennent à la tranche d'âge des 20 à 34 ans et un groupe plus réduit (13 %) est âgé de 35 à 39 ans <sup>(156)</sup>.

La cocaïne est souvent combinée à une autre substance subsidiaire licite ou illicite, comme le cannabis (31,6 %), les opiacés (28,6 %) ou l'alcool (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Des études locales sur les UDVI donnent à penser que, dans certaines régions, la combinaison d'héroïne et de cocaïne dans une seringue pourrait être en train de se populariser (ce que les UDVI appellent parfois le «speedballing»). La combinaison d'opiacés et de cocaïne apparaît plus clairement dans les données relatives aux traitements. Parmi les patients qui déclarent les opiacés comme drogue primaire, 31 % en Italie, 42 % aux Pays-Bas et 44 % au Royaume-Uni déclarent une consommation secondaire de cocaïne. Parmi les usagers primaires de cocaïne, 28 % en Italie et 38 % au Royaume-Uni déclarent une consommation d'opiacés comme drogue secondaire.

## Traitement de la dépendance à la cocaïne

Les données existantes ne suffisent pas à étayer le bien-fondé du traitement pharmacologique pour la dépendance à la cocaïne ou à d'autres substances psychostimulantes. Cependant, dans leur analyse exhaustive de l'usage de pharmacothérapies pour les usagers de psychostimulants, Shearer et Gowing (2004) concluent que la thérapie de substitution, qui fonctionne dans le cas de la dépendance aux opiacés et à la nicotine et peut attirer et maintenir les usagers en traitement, n'a pas été testée de manière adéquate chez les usagers de stimulants. Une étude de la littérature sur les réactions et l'efficacité du traitement de la dépendance à la cocaïne, y compris les réponses aux troubles mentaux chez les usagers de crack, a été publiée récemment par l'OEDT <sup>(158)</sup>.

Dans certains pays, dont les États-Unis et le Royaume-Uni, des investissements considérables sont actuellement consentis pour mettre en place des traitements d'immunothérapie consistant à développer des anticorps capables d'intercepter la cocaïne dans le sang avant qu'elle n'atteigne le système nerveux central (voir encadré intitulé «Immunothérapie pour les cocaïnomanes»).

La combinaison de plusieurs traitements psychosociaux spécifiques est actuellement considérée comme l'option de traitement la plus prometteuse pour les cocaïnomanes et les usagers d'autres psychostimulants. Il a été établi que la combinaison de l'approche de l'appui communautaire (CRA) et de la gestion des contingences réduit l'usage de cocaïne à court terme (Higgins e.a., 2003; Roozen e.a., 2004).

### Immunothérapie pour les cocaïnomanes

À la différence de l'addiction à l'héroïne, qui peut être traitée avec des agonistes comme la méthadone ou des antagonistes comme le naltrexone, il n'existe actuellement aucun traitement médical pour la dépendance à la cocaïne. La raison de ce manque semble être le mécanisme d'action de la cocaïne sur les neurotransmetteurs du cerveau que sont la dopamine et la sérotonine. Alors que l'héroïne se lie aux récepteurs d'opiacés du cerveau, comme les récepteurs mu, et imite ainsi l'action des endorphines propres du cerveau, la cocaïne inhibe la réabsorption de la dopamine (et de la sérotonine) provenant de la synapse neuronale dès qu'elle a produit son effet, ce qui entraîne un développement du transmetteur et prolonge et renforce son effet.

Cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'est pas possible de mettre au point un traitement médical pour la dépendance à la cocaïne, mais uniquement qu'il pourrait être plus difficile d'y parvenir et que cela peut impliquer des concepts différents de ceux utilisés pour le développement de traitements pour la dépendance à l'héroïne.

L'immunothérapie est une voie de recherche extrêmement intéressante. Il s'agit de la mise au point d'un vaccin qui «neutraliserait» efficacement l'action de la cocaïne en empêchant la drogue d'atteindre le cerveau. Le concept de base a fait l'objet de peu d'expérimentations. Un vaccin mis au point au Royaume-Uni a été testé sur un nombre limité de cocaïnomanes (18 au total), pendant quatorze semaines. Les résultats ont montré que les trois quarts de la cohorte de cocaïnomanes vaccinés étaient en mesure de se passer de drogue pendant trois mois sans ressentir d'effets secondaires indésirables. En outre, après six mois, tant ceux qui avaient rechuté que les autres ont déclaré que le sentiment d'euphorie n'était plus aussi fort qu'avant le vaccin. Au vu de ces résultats, le vaccin connu sous le nom de «conjugué protéine-drogue TA-CD» est actuellement en phase 2 des essais cliniques. Une approche immunothérapeutique alternative envisage la mise au point d'anticorps monoclonaux à la cocaïne, mais les recherches en sont encore au stade des essais précliniques.

L'avantage potentiel du vaccin TA-CD contre la cocaïne a soulevé des questions d'ordre éthique sur son utilisation: qui peut en bénéficier, qui prend la décision de l'administrer, et sur la base de quels critères, etc.

La CRA est une méthode intensive de traitement qui fait participer famille, amis et autres membres du réseau social du patient tout au long du traitement et consiste à apprendre aux patients à établir des contacts sociaux, à améliorer l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et à trouver du travail et des activités de loisirs valorisantes afin d'apprendre un mode de vie différent (Roozen e.a., 2004). Associée à la gestion des contingences — méthode qui vise à influencer le

<sup>(156)</sup> Voir tableau TDI-10 du bulletin statistique 2006.

<sup>(157)</sup> Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2006.

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

comportement des patients en leur proposant des incitations intéressantes, cadeaux, bons-cadeaux ou avantages tant que leurs prélèvements d'urine ne contiennent pas de cocaïne —, la CRA a donné des résultats en matière d'usage de drogue et de fonctionnement psychosocial durant la phase de traitement et le suivi postcure chez les cocaïnomanes soignés dans des structures ambulatoires, bien que les effets sur la consommation de cocaïne semblent limités à la durée du traitement (Higgins e.a., 2003).

De nouvelles approches destinées aux groupes extrêmement problématiques des héroïnomanes qui consomment de la cocaïne et du crack ont pour objectif premier la réduction des risques et appliquent des thérapies comportementales, en particulier des approches de gestion des contingences, combinées à des programmes d'entretien à la méthadone ou des traitements avec prescription d'héroïne (Schottenfeld e.a., 2005; van den Brink, 2005; Poling e.a., 2006).

## Approches de réduction des risques

En Europe, le développement d'approches de réduction des risques concernant la consommation de cocaïne est limité. La situation pourrait commencer à évoluer étant donné que la prise de conscience croissante de l'ampleur de l'usage de cocaïne et des problèmes qu'il entraîne génère un intérêt pour le développement de réponses aux besoins des cocaïnomanes. L'intérêt des approches fondées sur la prévention et la réduction des risques liés à la consommation de cocaïne est encore, dans une large mesure, une inconnue, mais différentes régions pourraient être intéressées par ce type d'approche. Par exemple, il est possible que les cocaïnomanes puissent bénéficier d'interventions axées sur des questions comme la toxicité accrue de la combinaison cocaïne et alcool, l'association potentielle entre l'usage de cocaïne et les problèmes cardiovasculaires ou les comportements susceptibles d'exposer davantage les cocaïnomanes à une infection par le VIH ou à être victimes d'un accident ou d'un acte violent. Étant donné que l'usage de cocaïne peut augmenter rapidement, il serait peut-être intéressant d'étudier des interventions brèves, qui alerteraient les usagers sur le fait qu'ils pourraient commencer à subir les effets négatifs de leur consommation de drogue.

En raison des graves problèmes sociaux et sanitaires associés à l'usage de crack, l'expérience engrangée est plus riche en ce qui concerne les services destinés aux consommateurs de crack, bien que les actions soient limitées à un nombre relativement restreint de villes d'Europe qui ont connu un grave problème de crack. Dans un certain nombre de villes, les consommateurs de crack ont été ciblés par des programmes de proximité qui tentent de nouer des contacts avec un groupe généralement considéré comme difficile. Bien que, globalement, les données soient relativement peu fiables, certaines études suggèrent que ces programmes peuvent être bénéfiques. Ainsi, une étude réalisée sur un programme novateur de traitement de proximité à Rotterdam (Henskens, 2004, cité dans le rapport national néerlandais) a identifié des facteurs jugés importants pour traiter ce groupe de patients, qui ont souvent des difficultés à entrer dans des structures conventionnelles de soins pour toxicomanes.

Les modes compulsifs de consommation de crack et de cocaïne peuvent être associés à une augmentation de la prise de risque pour la santé sexuelle, et quelques programmes à bas seuil s'adressent spécifiquement aux prostitués consommateurs de crack afin de leur transmettre des mesures pour des pratiques sexuelles et une consommation de drogue plus sûres et de leur distribuer des préservatifs et des lubrifiants (voir la question particulière sur le genre).

Quelques villes européennes ont adopté une approche plus controversée, qui étend le concept de salles de consommation sûre (concernant généralement les UDVI) à l'inhalation de drogue. Des salles où se pratique l'inhalation surveillée ont été ouvertes dans différentes villes néerlandaises, allemandes et suisses (OEDT, 2004c). Bien que la surveillance de l'hygiène soit un objectif essentiel de ces services, certains éléments tendent à prouver qu'ils pourraient également servir de point d'accès à d'autres types de soins. Par exemple, à Francfort (Allemagne), un service de surveillance de ce genre a signalé, au cours d'une période d'évaluation de six mois en 2004, plus de 1 400 prises de drogue, 332 conversations de prises de contact, 40 séances d'orientation et 99 renvois vers d'autres services d'aide aux usagers de drogue.



## Chapitre 6

# Usage d'opiacés et injection de drogue

### Offre et disponibilité de l'héroïne <sup>(159)</sup>

En Europe, l'héroïne importée se présente sous deux formes: l'héroïne brune, qui est la plus courante (sa forme chimique de base), et l'héroïne blanche, moins courante et généralement plus chère (une forme de sel), qui provient habituellement d'Asie du Sud-Est. En outre, certains opiacés sont produits à l'intérieur de l'UE. Il s'agit principalement de la production en quantités limitées de produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple, de la paille de pavot, du concentré de pavot à partir de tiges ou de têtes de pavot broyées) dans un certain nombre de pays de l'est de l'UE, comme la Lituanie, où le marché des tiges de pavots et du concentré de pavot semble s'être stabilisé, et la Pologne, où la production d'«héroïne polonaise» pourrait diminuer (CND, 2006).

### Production et trafic

L'héroïne consommée en Europe est principalement fabriquée en Afghanistan, qui reste le premier fournisseur mondial d'opium illicite du monde et représentait, en 2005, 89 % de la production mondiale d'opium illicite, devant le Myanmar (7 %). La production mondiale d'opium illicite est restée relativement stable entre 1999 et 2004, à l'exception de 2001, lorsqu'une interdiction de la culture du pavot imposée en Afghanistan par le régime des talibans a entraîné une baisse spectaculaire, quoique de courte durée. On estime que près de 4 670 tonnes d'opium ont été produites en 2005, soit un recul de 4 % par rapport à 2004 (CND, 2006). La production potentielle totale d'héroïne était estimée à 742 tonnes en 2005 (contre 495 en 2004) (ONUUDC, 2006).

L'héroïne entre en Europe par deux axes principaux. La route des Balkans continue à jouer un rôle historique essentiel dans la contrebande d'héroïne. Après un transit par le Pakistan, l'Iran et la Turquie, la route se scinde en une branche méridionale qui traverse la Grèce, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, l'Albanie, l'Italie, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-et-Herzégovine, et une branche septentrionale à travers la Bulgarie, la Roumanie, la Hongrie, l'Autriche, l'Allemagne et les Pays-Bas, ces derniers

servant de centre de distribution secondaire vers d'autres pays d'Europe occidentale. Les saisies d'héroïne réalisées en 2004 suggèrent que la branche méridionale a désormais la même importance que la branche septentrionale en termes de volumes passés en contrebande (OMD, 2005; OICS, 2006a). Depuis le milieu des années 90, l'héroïne est de plus en plus (mais moins que par la route des Balkans) exportée en contrebande vers l'Europe par la «route de la soie» via l'Asie centrale (en particulier, le Turkménistan, le Tadjikistan, le Kirghizstan et l'Ouzbékistan), la mer Caspienne et la Fédération de Russie, le Belarus ou l'Ukraine vers l'Estonie, la Lettonie, certains pays nordiques et l'Allemagne (rapports nationaux Reitox, 2005; CND, 2006; OICS, 2006a). Bien que ces itinéraires soient les plus importants, plusieurs pays de la péninsule Arabique (Oman, Émirats arabes unis) sont devenus des lieux de transit pour l'héroïne en provenance d'Asie du Sud et du Sud-Ouest à destination de l'Europe (OICS, 2006a). En outre, de l'héroïne destinée à l'Europe (et à l'Amérique du Nord) a été saisie en 2004 en Afrique de l'Est et de l'Ouest, dans les Caraïbes et en Amérique centrale et du Sud (CND, 2006).

### Saisies

En 2004, 210 tonnes d'opium (soit 21 tonnes d'équivalent héroïne), 39,3 tonnes de morphine et 59,2 tonnes d'héroïne ont été saisies dans le monde. L'Asie (50 %) et l'Europe (40 %) continuent à représenter la majeure partie de l'héroïne saisie dans le monde. Les saisies européennes continuent à augmenter, en particulier grâce aux saisies accrues réalisées dans les pays d'Europe du Sud-Est (Turquie), qui ont pour la première fois dépassé le volume intercepté en Europe centrale et occidentale (CND, 2006).

En 2004, on estime que 46 000 saisies ont abouti à l'interception d'environ 19 tonnes d'héroïne dans les pays déclarants. Le Royaume-Uni reste le premier pays d'Europe en termes de nombre de saisies, devant l'Allemagne et l'Italie, tandis que la Turquie est en tête en termes de quantités saisies (suivie par l'Italie et le Royaume-Uni) et représente près de la moitié de la quantité totale interceptée en 2004 <sup>(160)</sup>. Entre 1999 et 2004, les saisies d'héroïne

<sup>(159)</sup> Voir «Interprétation des données sur les saisies de drogue et des autres données relatives au marché», p. 37.

<sup>(160)</sup> Cette situation doit être vérifiée à la lumière des données manquantes de 2004 lorsqu'elles seront disponibles. Les données relatives à la fois aux saisies d'héroïne et aux quantités d'héroïne saisies en 2004 n'étaient pas disponibles pour l'Irlande et le Royaume-Uni. Les données sur le nombre de saisies d'héroïne n'étaient pas disponibles pour les Pays-Bas en 2004. Aux fins de l'estimation, les données manquantes de 2004 ont été remplacées par celles de 2003. Les données relatives aux quantités saisies en 2004 qui ont été transmises par les Pays-Bas n'étaient que des estimations et elles n'ont donc pas pu être reprises dans l'analyse des tendances de 2004.

ont fluctué, et, compte tenu des données fournies par les pays déclarants, il semble que la baisse observée en 2002 et 2003 ait été suivie par une remontée en 2004 <sup>(161)</sup>. Au cours de la période comprise entre 1999 et 2004, les quantités totales saisies se sont maintenues à la hausse et ont atteint un niveau record en 2004, principalement parce que la quantité d'héroïne saisie en Turquie a presque doublé en 2004 par rapport à l'année précédente <sup>(162)</sup>.

### Prix et pureté

En 2004, le prix moyen au détail de l'héroïne brune variait considérablement selon les pays d'Europe, allant de 12 euros le gramme en Turquie à 141 euros le gramme en Suède, tandis que celui de l'héroïne blanche était compris entre 31 euros le gramme en Belgique et 202 euros le gramme en Suède et que le prix de l'héroïne de type indéterminé allait de 35 euros le gramme en Slovénie à 82 euros le gramme au Royaume-Uni <sup>(163)</sup>. Les données disponibles pour la période 1999-2004 font apparaître une baisse du prix moyen de l'héroïne, corrigé de l'inflation <sup>(164)</sup>, dans la plupart des pays déclarants <sup>(165)</sup>.

La pureté moyenne de l'héroïne brune pour le consommateur a oscillé en 2004 entre 10 % en Bulgarie et 48 % en Turquie, tandis que celle de l'héroïne blanche allait de 20 % en Allemagne à 63 % au Danemark et que celle de l'héroïne de type indéterminé s'échelonnait entre 16 % en Hongrie et 42 à 50 % <sup>(166)</sup> aux Pays-Bas <sup>(167)</sup>. La pureté moyenne des produits à base d'héroïne a fluctué dans la plupart des pays déclarants <sup>(168)</sup> depuis 1999 et rend difficile la détermination d'une quelconque tendance générale.

### Action internationale contre la fabrication et le trafic d'héroïne

L'anhydride acétique <sup>(169)</sup> est un précurseur important utilisé dans la fabrication illicite d'héroïne. L'opération «Topaze» est une initiative internationale visant à contrôler le commerce licite d'anhydride acétique et à étudier les méthodes et les voies de détournement de cette substance (OICS, 2006b). Le commerce licite d'anhydride acétique est considérable et donc difficile à contrôler. En témoigne le fait que, depuis 2001, vingt-deux pays exportateurs ont adressé

7 684 notifications préalables à l'exportation à l'OICS pour plus de 1 350 000 tonnes d'anhydride acétique. Les saisies réalisées en Turquie (1 600 litres en 2004) ont sensiblement baissé ces dernières années, ce qui pourrait indiquer que les trafiquants ont trouvé de nouveaux itinéraires et de nouvelles méthodes de détournement. En 2004, pour la première fois, des saisies effectuées en Europe (Bulgarie) ont été identifiées comme provenant d'Asie du Sud-Ouest (OICS, 2006b).

Bien que certains volets de l'opération «Topaze» concernant le contrôle du commerce international aient été couronnés de succès, peu de progrès ont été enregistrés dans l'identification et le démantèlement des routes utilisées pour la contrebande d'anhydride acétique à l'intérieur de l'Afghanistan et dans les pays voisins (OICS, 2006b).

Le projet «Mustard», dirigé par Europol, a pour but d'identifier et de s'attaquer aux organisations criminelles turques et associées qui opèrent à destination et à l'intérieur de l'UE et sont impliquées dans le trafic de drogue, principalement d'héroïne. Ce projet apporte un soutien opérationnel aux enquêtes en cours dans les États participants et améliore les renseignements stratégiques en donnant un aperçu des activités du crime organisé turc et des groupes associés (Europol, 2006).

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

Les données contenues dans cette section proviennent de l'indicateur de l'OEDT sur l'usage problématique de drogue (UPD), qui couvre «l'usage de drogue par injection ou l'usage régulier/de longue durée d'héroïne, de cocaïne et/ou d'amphétamines». Historiquement, les estimations relatives à l'usage problématique de drogue reflètent surtout la consommation d'héroïne, bien que quelques pays, ainsi qu'il est mentionné par ailleurs dans ce rapport, consacrent également un volet important de leurs études aux usagers d'amphétamines.

Lors de l'interprétation des estimations de l'usage problématique d'opiacés, il convient de garder à l'esprit que les modes de consommation commencent à se diversifier. À titre d'exemple, les problèmes liés à la polyconsommation de

<sup>(161)</sup> Voir tableau SZR-7 du bulletin statistique 2006.

<sup>(162)</sup> Voir tableau SZR-8 du bulletin statistique 2006.

<sup>(163)</sup> Voir tableau PPP-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(164)</sup> 1999 est l'année de référence pour la valeur monétaire dans tous les pays.

<sup>(165)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives aux prix de l'héroïne étaient disponibles pour au moins trois années consécutives pour l'héroïne brune dans les pays suivants: Belgique, République tchèque, Espagne, France, Irlande, Luxembourg, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède, Royaume-Uni, Bulgarie, Roumanie, Turquie et Norvège; pour l'héroïne blanche dans les pays suivants: République tchèque, Allemagne, France, Lettonie et Suède; et pour l'héroïne de type indéterminé en Lituanie et au Royaume-Uni.

<sup>(166)</sup> Ces deux chiffres correspondent aux données provenant de deux systèmes de surveillance différents [voir tableau PPP-6 (partie iii) du bulletin statistique 2006]; la prudence est de mise étant donné que le chiffre de 50 % repose uniquement sur un échantillon.

<sup>(167)</sup> Voir tableau PPP-6 du bulletin statistique 2006.

<sup>(168)</sup> Au cours de la période 1999-2004, les données relatives à la pureté de l'héroïne étaient disponibles pour au moins trois années consécutives pour l'héroïne brune dans les pays suivants: République tchèque, Danemark, Espagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Autriche, Portugal, Slovaquie, Royaume-Uni, Turquie et Norvège; pour l'héroïne blanche au Danemark, en Allemagne, en Estonie, en Finlande et en Norvège; et pour l'héroïne de type indéterminé en Belgique, en Lituanie, en Hongrie et aux Pays-Bas.

<sup>(169)</sup> Figurant dans le tableau I de la convention de 1988.

drogues se sont multipliés dans la plupart des pays, tandis que certains pays dans lesquels les problèmes liés à l'usage d'opiacés ont toujours été prédominants font aujourd'hui état de transitions vers d'autres drogues. On pense maintenant que la plupart des héroïnomanes consomment des stimulants et d'autres drogues en plus des opiacés, mais il est très difficile d'obtenir des données fiables sur la polyconsommation au niveau européen (voir chapitre 8).

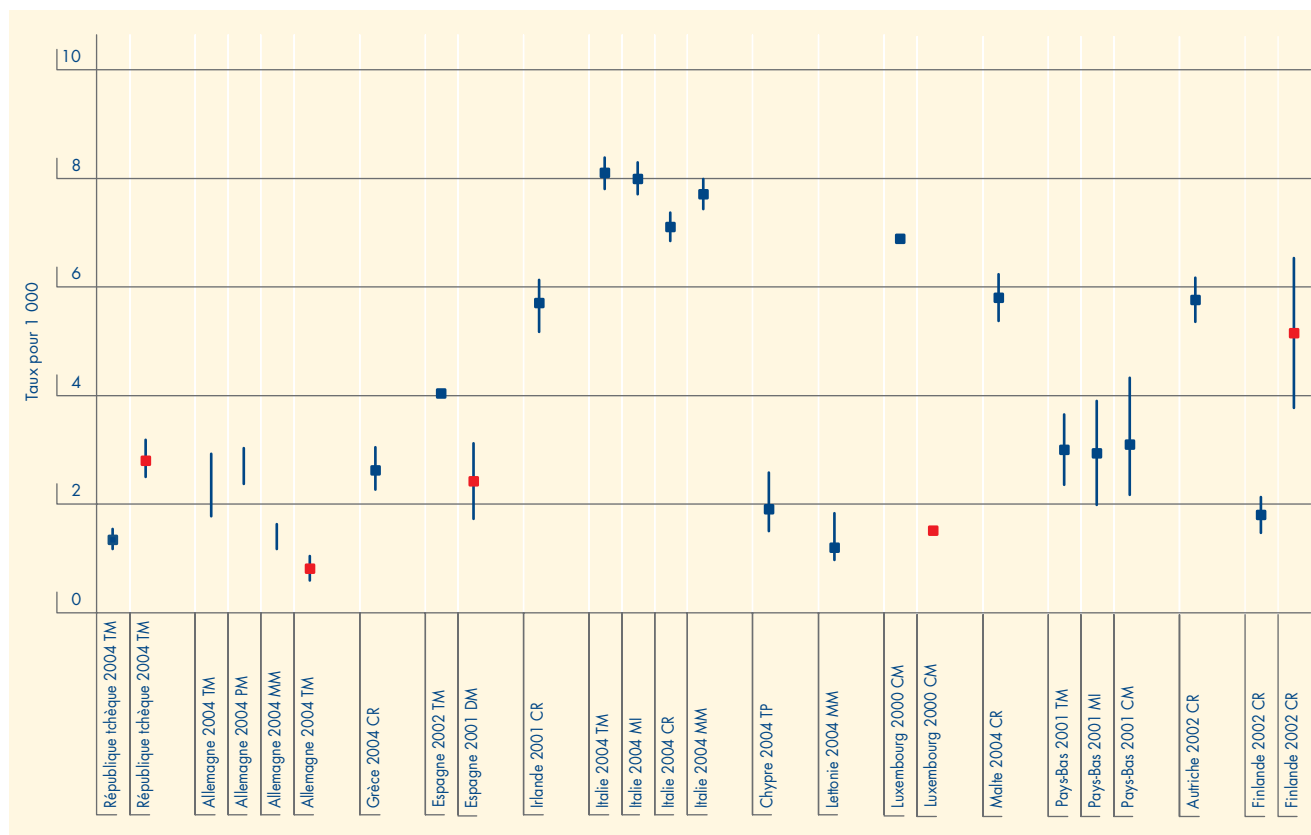
En dépit de la tendance générale à la diversification du phénomène, dans bon nombre de pays, les estimations de l'usage problématique de drogue reposent exclusivement sur l'usage problématique d'héroïne ou d'autres opiacés en tant que drogue primaire. Cela ressort des pourcentages estimés de l'usage problématique d'opiacés (graphique 8), qui, pour la plupart, sont très similaires à ceux de l'usage problématique de drogue <sup>(170)</sup>. Il est malaisé de savoir si, dans les autres pays, la prévalence de l'usage problématique de substances autres que les opiacés est quasi négligeable ou si elle est éventuellement significative, mais trop difficile à estimer.

Il est difficile d'évaluer le nombre d'usagers d'opiacés à problème, et des analyses approfondies sont

nécessaires pour extraire les taux de prévalence des sources de données disponibles. En outre, les estimations sont souvent géographiquement concentrées, et les extrapolations pour obtenir des estimations nationales ne sont pas nécessairement fiables.

Les estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés au niveau national au cours de la période 2000-2004 oscillent entre 1 et 8 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans (sur la base de moyennes estimatives). Les taux de prévalence estimés pour l'usage problématique d'opiacés varient considérablement entre les pays, même si, à l'intérieur d'un même pays, les résultats obtenus en utilisant différentes méthodes sont assez cohérents. Ce sont l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, Malte et l'Autriche qui rapportent les estimations les plus élevées de l'usage problématique d'opiacés (entre 5 et 8 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans), tandis que la République tchèque, l'Allemagne, la Grèce, Chypre, la Lettonie et les Pays-Bas se situent au bas de l'échelle (moins de 4 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans) (graphique 8). Quelques-unes des estimations les moins documentées proviennent des nouveaux États membres de l'UE, mais

**Graphique 8:** Estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés et de stimulants au cours de la période 2000-2004 (pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: ■ Les carrés rouges indiquent l'usage de stimulants, les autres estimations concernant l'usage d'opiacés; MM, multiplicateur de mortalité; CR: capture-recapture; TM: multiplicateur de traitement; PM: multiplicateur de police; MI: indicateur multivariables; TP: loi de Poisson tronquée; CM: méthodes combinées. Pour de plus amples informations, voir tableaux PDU-1, PDU-2 et PDU-3 dans le bulletin statistique 2006. Le symbole indique une estimation de pourcentage, un trait indique un intervalle d'incertitude, qui peut être un intervalle de confiance de 95 % ou un intervalle basé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des méthodes et des sources de données différentes, et les comparaisons doivent donc être réalisées avec prudence.

Sources: Points focaux nationaux.

<sup>(170)</sup> Voir graphique PDU-1 (partie i) du bulletin statistique 2006.

Malte déclare un taux de prévalence supérieur (entre 5,4 et 6,2 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans). En partant des rares données disponibles, on peut déduire une prévalence globale dans l'UE de l'usage problématique d'opiacés comprise entre 2 et 8 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Cependant, ces estimations sont loin d'être solides, et elles devront être affinées dès que des données supplémentaires seront disponibles.

Aucune estimation locale et régionale de l'usage problématique spécifique d'opiacés n'est disponible. Toutefois, les données disponibles relatives à l'usage problématique de drogue (comprenant la consommation de stimulants et d'autres drogues) suggèrent que la prévalence fluctue considérablement selon les villes et les régions. Les estimations les plus élevées de la prévalence locale pour la période 2000-2004 ont été enregistrées en Irlande, au Portugal, en Slovaquie et au Royaume-Uni, avec des chiffres oscillant entre 15 et 25 habitants pour 1 000 <sup>(171)</sup>. Comme on pouvait s'y attendre, la variabilité géographique est également marquée à l'échelle locale. Ainsi, par exemple,

la prévalence varie entre 6 et 25 cas pour 1 000 habitants selon les quartiers de Londres. La forte variation des taux de prévalence locale rend toute généralisation difficile.

### Évolution dans le temps de l'usage problématique d'opiacés

L'absence de données historiques fiables et cohérentes complique l'évaluation de l'évolution des tendances de l'usage problématique d'opiacés. Les éléments qui ont été recueillis suggèrent que la prévalence de l'usage problématique d'opiacés varie sensiblement selon les pays et que les tendances ne sont pas similaires à l'intérieur de l'UE. Les déclarations de certains pays, confirmées par les données d'autres indicateurs, montrent que l'usage problématique d'opiacés a augmenté entre le milieu et la fin des années 90 (graphique 9), mais semble s'être stabilisé ou avoir légèrement reculé ces dernières années. Des estimations répétées de l'usage problématique d'opiacés au cours de la période comprise entre 2000 et 2004 sont disponibles pour sept pays (République tchèque, Allemagne,

### Usagers de drogue en milieu carcéral

Les informations sur l'usage de drogue au sein de la population carcérale sont clairsemées. Une grande partie des données disponibles en Europe proviennent d'études ad hoc, parfois menées au niveau local dans des établissements qui ne sont pas représentatifs du système pénitentiaire national et fondées sur des échantillons de prisonniers dont la taille varie considérablement. De ce fait, les différences au niveau des caractéristiques des populations étudiées limitent les comparaisons de données entre les différentes enquêtes, ainsi qu'à l'intérieur d'un pays et entre les pays, tout comme l'extrapolation des résultats et l'analyse des tendances.

Des données relatives à l'usage de drogue au sein de la population carcérale au cours des cinq dernières années (1999-2004) ont été transmises par la plupart des pays européens <sup>(1)</sup>. Elles montrent que, par rapport à la population générale, les usagers de drogue sont surreprésentés en prison. Le pourcentage de détenus qui déclarent avoir consommé une substance illicite varie selon les prisons et les centres de détention, mais les taux moyens oscillent entre un tiers ou moins en Hongrie et en Bulgarie et deux tiers ou plus aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Norvège, la plupart des pays enregistrant des taux de prévalence au cours de la vie d'environ 50 % (Belgique, Grèce, Lettonie, Portugal, Finlande). Le cannabis reste la drogue illicite la plus fréquemment consommée, avec des taux de prévalence au cours de la vie parmi les détenus compris entre 4 et 86 %, comparés à des taux de prévalence au cours de la vie de 3 à 57 % pour la cocaïne, de 2 à 59 % pour les amphétamines et de 4 à 60 % pour l'héroïne <sup>(2)</sup>.

L'usage régulier de drogue ou la dépendance avant l'emprisonnement est reconnu par 8 à 73 % des détenus, tandis que la prévalence au cours de la vie de

l'usage de drogue par voie intraveineuse au sein de la population carcérale se situe entre 7 et 38 % <sup>(3)</sup>.

Bien que la majorité des usagers de drogue réduisent ou cessent leur consommation après l'incarcération, certains détenus continuent à se droguer et d'autres commencent à prendre de la drogue (et/ou à s'en injecter) en prison. Selon les études existantes, entre 8 et 51 % des détenus ont consommé de la drogue en prison, entre 10 et 42 % déclarent en prendre régulièrement et 1 à 15 % des détenus se sont injecté de la drogue en prison <sup>(4)</sup>. Cette situation pose des questions sur la transmission potentielle de maladies infectieuses, notamment par rapport à l'accès à du matériel d'injection stérile et aux pratiques de partage au sein de la population carcérale.

Des enquêtes répétées réalisées en République tchèque (1996-2002), au Danemark (1995-2002), en Lituanie (2003-2004), en Hongrie (1997-2004), en Slovénie (2003-2004) et en Suède (1997-2004) font apparaître une augmentation de la prévalence de l'usage de différents types de drogue parmi les détenus, tandis qu'en France (1997-2003), on observe un recul significatif du pourcentage d'UDVI au sein de la population carcérale <sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Les pays ayant notifié des études menées au cours des cinq dernières années (1999-2004) et ayant fourni des données sur les habitudes de consommation de drogue en milieu carcéral sont la Belgique, la République tchèque, le Danemark, l'Allemagne, la Grèce, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, Malte, les Pays-Bas, l'Autriche, le Portugal, la Slovénie, la Slovaquie, la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni, la Bulgarie et la Norvège.

<sup>(2)</sup> Voir tableau DUP-1 et graphique DUP-1 dans le bulletin statistique 2006.

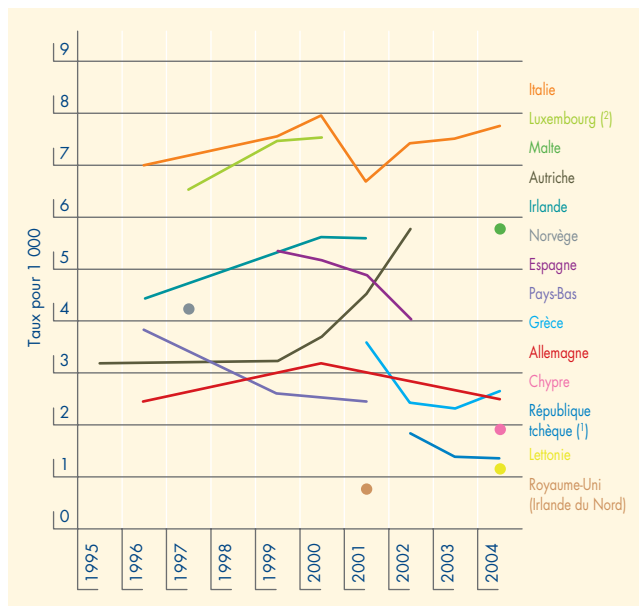
<sup>(3)</sup> Voir tableaux DUP-2 et DUP-5 dans le bulletin statistique 2006.

<sup>(4)</sup> Voir tableaux DUP-3 et DUP-4 dans le bulletin statistique 2006.

<sup>(5)</sup> Voir tableau DUP-5 dans le bulletin statistique 2006.

<sup>(171)</sup> Voir graphique PDU-6 (partie i) du bulletin statistique 2006.

**Graphique 9:** Tendances de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés au cours de la période 1995-2004 (pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



(1) Estimations pour le groupe d'âge des 18 à 64 ans.  
 (2) Calculé à partir des données concernant le groupe d'âge des 15 à 54 ans.  
 NB: Les séries temporelles sont combinées lorsque les méthodes sont similaires au cours de la période. Pour plus d'informations, voir tableaux PDU-1, PDU-2 et PDU-3 dans le bulletin statistique 2006.  
 Sources: Points focaux nationaux.

Grèce, Espagne, Irlande, Italie et Autriche). Parmi eux, quatre pays (République tchèque, Allemagne, Grèce et Espagne) ont enregistré un recul de l'usage problématique d'opiacés, tandis qu'un pays faisait état d'une hausse (l'Autriche, même s'il est difficile d'interpréter les chiffres, étant donné que le système de collecte des données a changé au cours de la période considérée). Les données provenant de personnes qui entament un traitement pour la première fois font penser que l'incidence de l'usage problématique d'opiacés pourrait diminuer lentement au niveau général et que l'on peut dès lors s'attendre à une baisse de la prévalence dans un avenir proche.

## Injection de drogue

Les usagers de drogue par voie intraveineuse sont très exposés au risque d'effets négatifs, tels que des maladies infectieuses graves ou des surdoses. Il est par conséquent important d'examiner séparément l'usage de drogue par injection.

En dépit de son importance pour la santé publique, seuls quelques pays fournissent des informations nationales ou locales sur l'usage de drogue par voie intraveineuse (172). Dans cette section, les estimations relatives à l'usage de drogue par voie intraveineuse ne sont pas classées en fonction de la drogue primaire

concernée en raison de la rareté des données, bien que les données relatives à la proportion d'UDVI parmi les héroïnomanes en traitement (voir plus loin) soient, bien entendu, spécifiques à l'injection d'héroïne.

La plupart des estimations disponibles sur l'usage de drogue par voie intraveineuse proviennent soit des données sur les décès par surdose, soit des données sur les maladies infectieuses (comme le VIH). Les estimations disponibles varient fortement selon les pays: depuis 2000, les estimations nationales oscillent entre 1 et 6 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans, avec certains chiffres plus élevés avant 2000. Depuis cette date, pour les pays pour lesquels des estimations sont disponibles, les taux de prévalence nationaux les plus élevés de l'usage de drogue par voie intraveineuse ont été rapportés par le Luxembourg et l'Autriche, avec près de 6 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Les chiffres les plus bas proviennent de Grèce et de Chypre avec un peu plus de 1 cas pour 1 000 habitants.

Lorsque des données sur l'évolution dans le temps sont disponibles, elles ne dégagent pas une tendance générale, avec des baisses dans certains pays et régions (comme en Écosse, au Royaume-Uni) et des hausses dans d'autres. Toutefois, le manque de données signifie qu'il n'est pas possible de dresser un tableau précis de la situation.

La surveillance du nombre d'UDVI actuels parmi les héroïnomanes qui entament un traitement constitue un élément complémentaire important pour le suivi de la prévalence de l'usage de drogue par voie intraveineuse dans la population en général. Cependant, il convient de rappeler que les pourcentages observés ne reflètent pas nécessairement les tendances de la prévalence pour l'ensemble de l'usage de drogue par voie intraveineuse. En effet, dans les pays qui enregistrent un taux élevé d'usagers de stimulants (République tchèque, Slovaquie, Finlande, Suède), les taux d'injection chez les héroïnomanes pourraient ne pas être représentatifs de la situation d'ensemble.

Le pourcentage d'UDVI parmi les usagers primaires d'héroïne qui entament un traitement suggère une fois encore des différences marquées entre les niveaux d'usage de drogue par voie intraveineuse selon les pays ainsi que des tendances variables dans le temps (173). Dans certains pays (Espagne, Pays-Bas et Portugal), un pourcentage relativement faible des héroïnomanes en traitement s'injectent la drogue, tandis que, dans d'autres, l'injection semble demeurer la forme la plus courante de consommation de l'héroïne. Dans quelques États membres de l'EU-15 pour lesquels des données sont disponibles (Danemark, Grèce, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni), les taux d'injection chez les héroïnomanes en traitement ont baissé. Cependant, dans la majorité des nouveaux États membres, tout au moins lorsque des données existent, une grande partie des héroïnomanes qui entament un traitement sont des UDVI.

(172) Voir graphique PDU-7 du bulletin statistique 2006.

(173) Voir graphique PDU-3 (partie i) du bulletin statistique 2006.



## Données relatives aux demandes de traitement <sup>(174)</sup>

Dans bon nombre de pays, les opiacés (essentiellement l'héroïne) restent la principale drogue consommée par les patients en demande de traitement. Sur l'ensemble des demandes de traitement déclarées en 2004 en réponse à l'indicateur de demandes de traitement, 60 % concernent un traitement pour usage primaire d'opiacés, et un peu plus de la moitié (53 %) des patients déclarent s'injecter la drogue <sup>(175)</sup>. Il est à noter que l'indicateur de demandes de traitement ne couvre pas toutes les personnes qui suivent un traitement pour dépendance aux opiacés, qui représentent un nombre nettement plus élevé, mais uniquement les patients en demande de traitement durant l'année considérée.

Le pourcentage de patients en demande de traitement pour usage d'héroïne varie selon les pays. Si l'on tient compte des données les plus récentes, on peut classer les pays de l'UE en trois grands groupes selon le nombre d'usagers de drogue en demande de traitement qui font état d'un usage problématique d'héroïne, à savoir:

- moins de 50 %: République tchèque, Danemark, Hongrie, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie, Finlande, Suède;
- entre 50 et 70 %: Allemagne, Espagne, France, Irlande, Chypre, Lettonie, Portugal, Royaume-Uni, Roumanie;
- plus de 70 %: Grèce, Italie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Slovaquie, Bulgarie <sup>(176)</sup>.

Parmi les pays où un pourcentage considérable des usagers d'opiacés consomment des substances autres que l'héroïne figurent la Hongrie, où l'usage de produits à base de pavot de fabrication «maison» est répandu, et la Finlande, où la plupart des patients traités pour dépendance aux opiacés abusent de buprénorphine <sup>(177)</sup>.

La majorité des usagers d'opiacés, tout comme les usagers d'autres drogues, cherchent des traitements dans des structures de soins ambulatoires. Toutefois, par rapport aux patients traités pour usage de cocaïne et de cannabis, un pourcentage plus élevé de patients usagers d'opiacés sont traités dans des centres de soins résidentiels.

La plupart des pays enregistrant chaque année un nombre significatif de nouveaux patients héroïnomanes (à l'exception de l'Allemagne, où la base de déclaration a été élargie) ont constaté une baisse au cours des quatre ou cinq dernières années, mais pas parmi les patients qui avaient suivi un traitement précédemment. De manière générale, le nombre de demandes répétées de traitement n'a pas baissé, et,

dans la plupart des pays, le nombre total de demandes de traitement pour dépendance à l'héroïne est resté assez stable. Des exceptions notables sont l'Allemagne et le Royaume-Uni, où le nombre total de demandes déclarées a augmenté. Toutefois, dans l'ensemble, le pourcentage de demandes de traitement pour dépendance à l'héroïne (ensemble des demandes et nouvelles demandes) a chuté. Dans le cas des nouvelles demandes, le nombre est passé d'environ deux tiers à près de 40 % entre 1999 et 2004 alors que les demandes de traitement pour usage de cannabis et de cocaïne ont progressé <sup>(178)</sup>.

Dans le passé, il a été dit que la population de patients en demande de traitement pour usage d'opiacés est une population vieillissante, et cette tendance s'est poursuivie en 2004. La quasi-totalité des usagers d'opiacés en demande de traitement ont plus de 20 ans, et près de la moitié d'entre eux ont plus de 30 ans. Les données disponibles au niveau européen montrent que seul un petit groupe d'usagers d'opiacés (moins de 7 %) avaient moins de 20 ans lorsqu'ils ont demandé de l'aide pour la première fois <sup>(179)</sup>. Occasionnellement, il est fait état de très jeunes personnes (moins de 15 ans) demandant un traitement pour dépendance à l'héroïne <sup>(180)</sup>, comme des enfants de 11 ou 12 ans à Sofia (Bulgarie), mais, généralement, les demandes de traitement pour usage d'héroïne sont rares chez les jeunes.

Les patients usagers d'opiacés sont des marginaux, peu éduqués, fortement touchés par le chômage et souvent dans une situation instable en termes de logement. L'Espagne rapporte que 17 à 18 % des patients usagers d'opiacés sont sans domicile fixe.

La majorité des patients usagers d'opiacés déclarent avoir pris ces drogues pour la première fois entre l'âge de 15 et 24 ans, et près de la moitié des patients ont consommé pour la première fois de la drogue avant l'âge de 20 ans <sup>(181)</sup>. Étant donné que l'intervalle de temps entre la première prise et la première demande de traitement est généralement compris entre cinq et dix ans et que le temps entre l'initiation et l'usage régulier de drogue est estimé entre un an et demi et deux ans et demi (rapport national finlandais), on peut en conclure que les patients usagers d'opiacés ont généralement une expérience de trois à sept ans de consommation régulière de drogue avant de chercher pour la première fois un traitement spécialisé.

En Europe, parmi les nouveaux patients usagers d'opiacés en demande de traitement dans des structures de soins ambulatoires et dont on connaît le mode d'administration, un peu plus de la moitié s'injectent la drogue. En règle

<sup>(174)</sup> Voir note 70 de bas de page.

<sup>(175)</sup> Voir graphique TDI-2 et tableau TDI-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(176)</sup> Voir tableau TDI-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(177)</sup> Voir tableau TDI-26 du bulletin statistique 2006; rapports nationaux Reitox.

<sup>(178)</sup> Voir graphique TDI-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(179)</sup> Voir tableau TDI-10 du bulletin statistique 2006.

<sup>(180)</sup> [www.communitycare.co.uk](http://www.communitycare.co.uk)

<sup>(181)</sup> Voir tableau TDI-11 du bulletin statistique 2006.

générale, les niveaux d'injection sont plus élevés chez les usagers d'opiacés en demande de traitement dans les nouveaux États membres (plus de 60 %) que dans les États membres de l'EU-15 (moins de 60 %), à l'exception de l'Italie et de la Finlande, où la proportion d'usagers d'opiacés par voie intraveineuse s'élève respectivement à 74 et 79,3 %. Le pourcentage d'UDVI chez les patients usagers d'opiacés est le plus faible aux Pays-Bas (13 %) et le plus élevé en Lettonie (86 %) <sup>(182)</sup>.

## Traitement de la dépendance aux opiacés

La stratégie antidrogue de l'UE pour la période 2005-2015 accorde une priorité élevée à l'amélioration de la disponibilité et de l'accès au traitement et appelle les États membres à offrir une large gamme de traitements efficaces. Historiquement, le traitement en centres de soins résidentiels constituait une option importante pour le traitement des usagers d'opiacés à problème. Cependant, la diversité croissante des options de traitement, et, en particulier, l'expansion considérable prise par le traitement de substitution, a réduit l'importance relative des soins résidentiels.

Les données concernant la disponibilité relative des différents types de traitement de l'usage problématique d'opiacés en Europe sont actuellement limitées. En réponse à un questionnaire de l'OEDT, des experts de la plupart des États membres (seize) ont indiqué que le traitement de substitution est la principale forme de traitement disponible. Cependant, dans quatre pays (République tchèque, Hongrie, Pologne et Slovaquie), le traitement sans substitution est plus fréquent, et deux autres pays, l'Espagne et la Suède, rapportent qu'il existe un équilibre entre le traitement médicalement assisté et le traitement sans substitution.

La thérapie de substitution pour dépendance aux opiacés (essentiellement le traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine) existe dans tous les États membres de l'UE <sup>(183)</sup> ainsi qu'en Bulgarie, en Roumanie et en Norvège, et un large consensus européen se dégage aujourd'hui pour affirmer que cette approche est positive pour le traitement des usagers d'opiacés à problème, bien que le sujet reste sensible dans plusieurs pays (voir chapitre 2). Le rôle du traitement de substitution suscite moins de polémiques au niveau international. Le système des Nations unies est parvenu à une position commune sur la thérapie d'entretien par substitution en 2004 (OMS/ONU/UNAIDS, 2004), et, en juin 2006, l'OMS a inclus la méthadone et la buprénorphine dans sa liste type des médicaments essentiels.

Il existe aujourd'hui des preuves solides démontrant la valeur des programmes de substitution basés sur des

substances comme la méthadone ou la buprénorphine. Des études ont montré que la thérapie de substitution va de pair avec une baisse de la consommation de substances illicites, des taux réduits d'injection, une diminution des comportements associés à un risque élevé de propagation du VIH ou d'autres maladies infectieuses, comme le partage de matériel, et des améliorations du comportement social et de la santé en général. La recherche a également suggéré que les niveaux de criminalité pouvaient baisser et qu'une offre suffisante de traitements de substitution pouvait avoir un impact sur le nombre de décès liés à la drogue. Des résultats optimaux dépendent du moment de la prise en charge dans le programme, de la durée suffisante de la thérapie et de la poursuite du traitement de substitution, ainsi que d'un dosage adéquat de la médication.

Alors que la méthadone demeure le traitement de substitution le plus fréquemment prescrit en Europe, d'autres options de traitement se développent, et la buprénorphine est désormais disponible dans dix-neuf pays de l'UE, ainsi qu'en Bulgarie et en Norvège, même si la question de savoir si elle est officiellement approuvée pour le traitement d'entretien dans tous les pays dans lesquels son utilisation est rapportée n'appelle pas une réponse claire. Compte tenu du fait que le traitement de substitution à forte dose de buprénorphine n'a été introduit en Europe qu'il y a dix ans, la popularité de cette substance comme option thérapeutique a connu une croissance remarquablement rapide (voir graphique 1) <sup>(184)</sup>.

Le traitement à long terme par substitution de drogue n'est pas le seul objectif de la pharmacothérapie pour dépendance aux opiacés. La méthadone et la buprénorphine sont également utilisées pour traiter l'abstinence d'opiacés, lorsque l'objectif thérapeutique consiste à aider la personne à parvenir à l'abstinence en lui administrant une dose de plus en plus réduite au cours d'une période donnée afin de soulager les souffrances dues au sevrage. L'antagoniste des opiacés, le naltrexone, est une thérapie pharmacologique de dégoût pour la dépendance aux opiacés et est parfois utilisé pour aider à éviter la rechute, dans la mesure où il bloque les effets de l'héroïne, bien que les éléments plaidant en faveur de l'utilisation de cette substance ne soient toujours pas concluants.

Certains pays (Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni) ont également des programmes avec prescription d'héroïne, bien que le nombre de patients suivant ce genre de traitement soit très réduit par rapport aux autres formes de traitement de substitution (probablement moins de 1 % du total). Cette forme de traitement demeure controversée et est généralement administrée dans le cadre d'expériences scientifiques sur des usagers de longue date chez lesquels les autres options thérapeutiques ont échoué.

<sup>(182)</sup> Voir tableau TDI-17 du bulletin statistique 2006.

<sup>(183)</sup> À Chypre, l'utilisation de la méthadone dans les cures de désintoxication est signalée depuis 2004, et le lancement d'un projet pilote de traitement d'entretien à la méthadone a été annoncé, mais aucun cas de traitement n'a été rapporté. En Turquie, la méthadone est officiellement enregistrée pour le traitement de la dépendance aux opiacés, mais aucun cas de traitement de ce type n'a été signalé.

<sup>(184)</sup> Voir la question particulière sur la buprénorphine dans le rapport annuel 2005.

Une étude récente de l'efficacité des traitements de dépendance à la drogue dans la prévention de la transmission du VIH a conclu que les thérapies comportementales peuvent renforcer les effets positifs du traitement de substitution sur la prévention du VIH, tandis que l'efficacité de la seule psychothérapie est variable. Le traitement fondé sur l'abstinence donne de bons résultats en matière de prévention du VIH pour ceux qui suivent un traitement pendant plus de trois mois (Farrell e.a., 2005).

### Surveillance de la fourniture de méthadone

La méthadone est une substance contrôlée en vertu de l'annexe I de la convention des Nations unies sur les drogues narcotiques de 1961, et les niveaux de consommation domestique sont contrôlés annuellement par l'OICS.

Selon l'OEDT, les estimations minimales des États membres de l'UE, de la Bulgarie, de la Roumanie et de la Norvège situent à plus de 500 000 le nombre de patients qui ont reçu un traitement de substitution durant l'année (voir tableau 4 du rapport annuel 2005). À l'exclusion de la République tchèque et de la France, où le traitement de substitution à forte dose de buprénorphine est l'option la plus courante, dans les autres pays, plus de 90 % des traitements ont recours à la méthadone.

L'Union européenne et les États-Unis représentent ensemble 85 % de la consommation mondiale de méthadone, et la consommation de cette substance dans ces pays a connu une hausse constante au cours des dix dernières années. Les quantités consommées se sont stabilisées dans les deux régions entre 1997 et 2000, mais ont depuis enregistré une forte hausse aux États-Unis. À l'heure actuelle, le niveau de la consommation de méthadone dans l'Union européenne est environ de moitié inférieur à celui des États-Unis <sup>(185)</sup>.

En règle générale, une augmentation notable des chiffres de la consommation de méthadone suit l'introduction de cette option thérapeutique dans un pays. Ainsi, en France, par exemple, l'application à grande échelle du traitement de substitution à la méthadone en 1995 a entraîné une hausse rapide de la consommation, qui est passée de 31 kilogrammes en 1995 à 446 kilogrammes en 2004.

Récemment, des signes de stabilisation de la consommation de méthadone ont pu être observés dans les statistiques du Danemark, de l'Espagne, de Malte, des Pays-Bas et, peut-être, de l'Allemagne. Cela correspond aux tendances rapportées en ce qui concerne le nombre de patients en traitement (voir chapitre 2).

<sup>(185)</sup> Voir graphique NSP-2 du bulletin statistique 2006.



## Chapitre 7

# Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

### Maladies infectieuses liées à la drogue

L'une des conséquences les plus graves pour la santé de la consommation de substances illicites, et en particulier de l'usage de drogue par voie intraveineuse, est la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses, notamment les hépatites B et C. Le rapport entre l'injection de drogue et la transmission de l'infection est bien établi. La réduction de l'usage de drogue par voie intraveineuse et du partage du matériel d'injection est donc devenue l'objectif premier des actions de santé publique dans ce domaine. Les études mettent également en évidence un lien entre la consommation de drogue et une activité sexuelle à haut risque. Cela suggère une importance croissante de l'établissement de liens entre les interventions antidrogue et les stratégies de santé publique portant sur la santé sexuelle. En termes de contrôle au niveau européen, les données relatives aux maladies infectieuses sont recueillies par des sources de notification régulières, où l'injection de drogue peut être enregistrée comme un facteur de risque, et dans le cadre d'études spéciales de populations consommatrices de drogue dans différents endroits.

#### VIH et sida

##### Tendances récentes des nouveaux cas déclarés de VIH

À l'heure actuelle, la plupart des pays font état de faibles pourcentages de nouveaux cas diagnostiqués d'infection par le VIH due à l'usage de drogue par voie intraveineuse. Les pays dont le taux d'infection par le VIH des usagers de drogue par voie intraveineuse est demeuré faible offrent une opportunité d'étudier les facteurs qui sont responsables de cette situation, une question soulevée par le plan d'action antidrogue actuel de l'UE et le sujet d'une étude en cours coordonnée par l'OEDT. Il convient toutefois d'éviter toute complaisance. En effet, ni l'Espagne ni l'Italie, deux pays qui ont connu une épidémie de VIH parmi les UDVI, ne fournissent de données nationales sur les cas signalés de VIH, ce qui a un impact négatif considérable sur la valeur de ces données pour dresser le bilan de la situation générale de l'UE. En outre, des données en provenance de certains pays soulèvent des inquiétudes quant à une expansion possible de l'infection par le VIH, tout au moins parmi certaines populations d'UDVI.

En France, les cas de VIH ne sont enregistrés que depuis 2003 et l'on observe une hausse de l'incidence du VIH chez

les UDVI (quoique le niveau soit bas), qui est passée, selon les estimations, de 2,3 cas par million d'habitants en 2003 à 2,9 cas en 2004. Bien que, de manière générale, ces chiffres soient conformes aux données d'étude disponibles (voir plus loin), il convient de rappeler que les nouveaux systèmes de signalement de cas sont souvent instables au départ. Au Portugal, la baisse apparente du nombre de nouveaux cas diagnostiqués de VIH parmi les UDVI enregistrés antérieurement est remise en question par les données de 2004, qui mettent en évidence une incidence de l'infection par le VIH de 98,5 cas par million d'habitants, soit le taux le plus élevé de l'Union européenne <sup>(186)</sup>. Au Royaume-Uni, l'incidence du VIH chez les UDVI a lentement augmenté, mais s'est désormais stabilisée à un peu moins de 2,5 cas par million d'habitants et par an. En Irlande, l'incidence a augmenté durant les années 90 et a culminé à 18,3 cas par million d'habitants et par an en 2000, avant de retomber à 9,8 cas par million d'habitants en 2001 et de remonter à 17,8 cas par million d'habitants en 2004.

Des foyers de VIH associés à l'usage de drogue par voie intraveineuse sont apparus récemment en Estonie et en Lettonie (2001) et, en 2002, en Lituanie. Depuis, les taux ont fortement baissé. Par ailleurs, il convient de s'attendre à une diminution du nombre de nouveaux cas déclarés après une phase épidémique initiale, dès lors qu'un niveau d'infection endémique est atteint (voir plus loin).

##### Séroprévalence du VIH chez les UDVI ayant subi un test de dépistage

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

Les hausses récemment enregistrées dans le nombre de cas de VIH signalés dans certains pays sont, pour la plupart, confirmées par les données disponibles sur la séroprévalence. Cependant, ces

<sup>(186)</sup> Voir graphiques INF-2 (partie i) et INF-2 (partie ii) du bulletin statistique 2006.

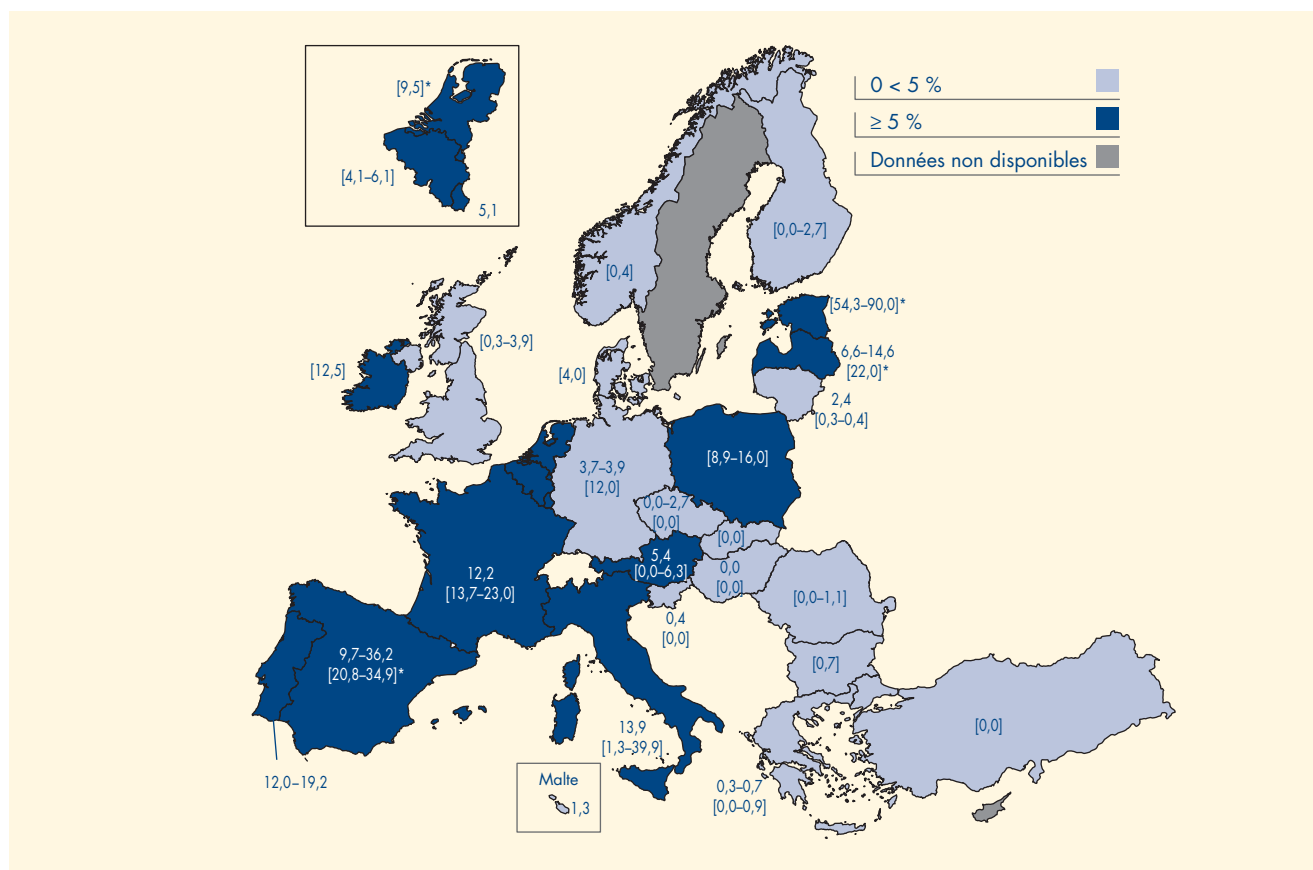
dernières donnent à penser que ce ne sont pas les seuls pays qui requièrent une vigilance accrue.

Dans les pays Baltes, les données disponibles sur la séroprévalence indiquent que la transmission parmi les UDVI n'est pas encore sous contrôle (graphique 10). En Estonie, une étude récente montre que la prévalence parmi les UDVI augmente dans une région (Tallinn: de 41 % d'un échantillon de 964 personnes en 2001 à 54 % d'un échantillon de 350 personnes en 2005) et est exceptionnellement élevée dans une autre (Kohtla-Järve: 90 % d'un échantillon de 100 personnes). En Lettonie, deux séries temporelles de données sur la séroprévalence chez les UDVI font apparaître une hausse continue jusqu'en 2002-2003, tandis qu'une troisième série suggère une baisse depuis le sommet atteint en 2001. En Lituanie, les données concernant 2003 mettent en évidence une hausse de la prévalence du VIH chez les UDVI ayant subi un test de dépistage et qui suivent un traitement, participent à un programme d'échange de seringues et sont à l'hôpital, le pourcentage étant compris entre 1,0 et 1,7 % au cours de la période 1997-2002 et ayant atteint 2,4 % en 2003 (27 personnes sur 1 112).

Dans les pays qui ont historiquement enregistré des taux élevés d'infection par le VIH chez les UDVI (Espagne, France, Italie, Pologne et Portugal), de nouveaux signes montrent que la transmission se poursuit au niveau national dans certaines régions ou parmi des sous-groupes spécifiques d'UDVI <sup>(187)</sup>. Dans ces pays, il convient de relever que la prévalence générale élevée, qui résulte des grandes épidémies survenues dans les années 80 et 90, accroît la probabilité qu'un comportement à risque élevé aboutisse à une infection.

En Espagne et en Italie, aucune donnée nationale provenant du signalement des cas n'est disponible. Les données issues des tests de dépistage de routine sont difficiles à interpréter dans la mesure où ils peuvent être faussés par différents critères de sélection. Toutefois, la situation dans ces pays est préoccupante. En Espagne, la prévalence du VIH parmi les jeunes UDVI (moins de 25 ans) ayant subi un test de dépistage durant un traitement pour dépendance à la drogue est restée stable jusqu'en 2002, à plus de 12 %, et, chez les nouveaux UDVI (définis comme les personnes qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans), elle est passée de 15 à 21 % en 2000-2001,

**Graphique 10:** Prévalence du VIH chez les usagers de drogue par voie intraveineuse ayant subi un test de dépistage (2003-2004)



(\*) Données partiellement ou totalement antérieures à 2003 (Espagne: 2002-2003; France: 2002-2003; Lettonie: 2002-2003; Pays-Bas: 2002) ou à partir de 2005 (Estonie).  
 NB: Les chiffres entre parenthèses sont des données locales. La couleur indique la moyenne des données nationales ou, si elles ne sont pas disponibles, des données locales. Les données relatives à l'Italie et au Portugal incluent les non-UDVI et sous-estiment probablement la prévalence chez les UDVI.  
 Sources: Points focaux nationaux Reitox. Pour les sources primaires, les détails de l'étude et les données antérieures à 2003 ou postérieures à 2004, voir tableau INF-8 dans le bulletin statistique 2006.

<sup>(187)</sup> Voir graphique INF-5 (partie ii et partie vi) du bulletin statistique 2006.

ce qui suggère une incidence élevée jusqu'en 2002. En Italie, les tendances en matière de prévalence chez les UDVI diffèrent fortement selon les régions et, dans certaines d'entre elles, des augmentations récentes et fortes ont encore été observées (Bolzano, Ligurie, Molise, Toscane et Ombrie).

En Pologne, des études locales montrent que la propagation du VIH s'est poursuivie, tout au moins jusqu'à une date récente, au vu des taux de prévalence élevés chez les jeunes UDVI (15 % en 2002 dans une région, entre 4 et 11 % dans deux autres régions en 2004). Dans l'étude de 2002, 4 cas (9 %) de VIH ont été décelés parmi les 45 nouveaux UDVI de l'échantillon; cependant, l'étude de 2004 n'a détecté aucun cas sur les 20 nouveaux UDVI de l'échantillon.

Enfin, dans quelques pays qui n'avaient pas connu d'épidémie importante parmi les UDVI, certaines données récentes sur la prévalence suggèrent que la vigilance est de mise. Cela semblerait être le cas du Luxembourg, de l'Autriche et du Royaume-Uni, même si les hausses restent limitées et ne sont pas confirmées par les données de signalement des cas.

### **Pays où la prévalence du VIH est faible**

La prévalence du VIH chez les UDVI ayant subi un test de dépistage varie toujours considérablement selon les pays de l'UE considérés (graphique 10). Dans plusieurs pays, la prévalence du VIH chez les UDVI a progressé récemment ou a été élevée pendant de nombreuses années. En revanche, dans d'autres pays, la prévalence du VIH chez les UDVI est restée très faible en 2003-2004. Ainsi, elle était inférieure ou voisine de 1 % en République tchèque, en Grèce, en Hongrie, à Malte et en Slovaquie (sur la base d'échantillons nationaux), et en Slovaquie, en Bulgarie, en Roumanie, en Turquie et en Norvège (sur la base d'échantillons régionaux). Dans certains de ces pays (comme en Hongrie), les prévalences du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) figurent parmi les plus basses d'Europe, ce qui donne à penser que les niveaux d'injection sont faibles (voir «Hépatites C et B»), bien que, dans d'autres (par exemple la Roumanie), il soit établi que la prévalence de l'hépatite C augmente.

### **Différences entre les sexes en ce qui concerne la prévalence du VIH chez les UDVI ayant subi un test de dépistage**

Les données disponibles sur la séroprévalence pour la période 2003-2004 mettent en évidence des différences entre les UDVI de sexe masculin et féminin ayant subi un test de dépistage <sup>(188)</sup>. Les données combinées de Belgique, d'Estonie, d'Espagne (2002), de France, d'Italie, du Luxembourg, d'Autriche, de Pologne et du Portugal donnent un échantillon total de 124 337 hommes et de 20 640 femmes, dont la plupart ont été dépistés dans des centres de traitement ou d'autres structures de services aux usagers de drogue. La prévalence globale

s'élevait à 13,6 % pour les hommes et à 21,5 % pour les femmes. Les différences sont prononcées entre les pays, avec les ratios femmes/hommes les plus élevés en Estonie, en Espagne, en Italie, au Luxembourg et au Portugal, tandis que la Belgique affiche la tendance inverse, avec une prévalence supérieure chez les hommes.

### **Incidence du sida et disponibilité de la HAART**

Étant donné que la thérapie antirétrovirale très active (HAART), disponible depuis 1996, arrête effectivement la progression de l'infection par le VIH et le développement du sida, les données relatives à l'incidence du sida perdent de leur utilité en tant qu'indicateur de la transmission du VIH. Elles montrent toutefois encore la charge générale de la maladie symptomatique et constituent également un indicateur important de l'introduction et de la couverture de la HAART chez les UDVI.

L'OMS estime que la couverture de la HAART parmi les patients qui ont besoin d'un traitement était élevée en Europe de l'Ouest (plus de 70 %) en 2003, mais plus limitée dans la plupart des pays d'Europe de l'Est, y compris l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie <sup>(189)</sup>. Des données plus récentes concernant la couverture de la thérapie antirétrovirale très active suggèrent que la situation s'est sensiblement améliorée, tous les États membres de l'UE et les pays candidats ayant aujourd'hui une couverture supérieure à 75 %. Aucune donnée spécifique sur la disponibilité du traitement HAART pour les UDVI n'est disponible; cependant, il reste à savoir si une meilleure couverture se traduira par une réduction de l'incidence du sida chez les UDVI en Estonie et en Lettonie.

Dans les quatre pays d'Europe occidentale les plus touchés par le sida (à savoir l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal), l'incidence de la maladie a baissé depuis 1996 environ pour les trois premiers, mais depuis 1999 seulement au Portugal. Le Portugal est toujours le pays qui enregistre l'incidence la plus élevée de sida liée à l'usage de drogue par voie intraveineuse, avec 31 cas par million d'habitants en 2004. Cependant, l'incidence est similaire en Lettonie, avec 30 cas par million d'habitants.

Les données d'EuroHIV jusqu'à 2004 (corrigées pour tenir compte du délai de notification) suggèrent que l'incidence du sida lié à l'usage de drogue par voie intraveineuse augmente en Estonie et en Lettonie <sup>(190)</sup>.

## **Hépatites C et B**

### **Hépatite C**

La prévalence d'anticorps du virus de l'hépatite C (VHC) chez les UDVI est en général extrêmement élevée, bien que la situation varie grandement à l'intérieur même des pays et entre ceux-ci. Parmi les différents échantillons d'UDVI testés en 2003-2004, la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, la

<sup>(188)</sup> Voir graphique INF-3 (partie v) du bulletin statistique 2006.

<sup>(189)</sup> Voir graphique INF-14 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2006.

<sup>(190)</sup> Voir graphique INF-1 (partie i) du bulletin statistique 2006.

Grèce, l'Espagne, l'Irlande, l'Italie, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni, la Roumanie et la Norvège ont déclaré des taux de prévalence supérieurs à 60 %, tandis que des échantillons avec des taux de prévalence inférieurs à 40 % ont été observés en Belgique, en République tchèque, en Grèce, à Chypre, en Hongrie, à Malte, en Autriche, en Slovaquie, en Finlande et au Royaume-Uni <sup>(191)</sup>.

Des données sur la prévalence d'anticorps du VHC chez les jeunes UDVI (moins de 25 ans) sont disponibles pour quatorze pays, mais, dans certains cas, la taille des échantillons est réduite. Les résultats sont très variables, avec des pays rapportant des chiffres à la fois élevés et bas pour différents échantillons. Les taux de prévalence les plus élevés chez les jeunes UDVI en 2003-2004 (plus de 40 %) ont été observés dans des échantillons provenant de Belgique, de Grèce, d'Autriche, de Pologne, du Portugal, de Slovaquie et du Royaume-Uni, tandis que la prévalence la plus faible (moins de 20 %) était constatée dans des échantillons provenant de Belgique, de Grèce, de Chypre, de Hongrie, de Malte, d'Autriche, de Slovaquie, de Finlande, du Royaume-Uni et de Turquie. En ne prenant en compte que les études des jeunes UDVI à portée nationale, les taux de prévalence les plus élevés (plus de 60 %) ont été rapportés par le Portugal, et les plus bas (moins de 40 %) par Chypre, la Hongrie, Malte, l'Autriche et la Slovaquie. Bien que les procédures d'échantillonnage utilisées puissent biaiser les résultats vers un groupe plus chronique, la prévalence élevée d'anticorps du VHC trouvée dans un échantillon national au Portugal (67 % de 108 UDVI de moins de 25 ans) reste préoccupante et pourrait indiquer que les jeunes UDVI continuent à avoir un comportement à risque élevé (voir également «Tendances récentes des nouveaux cas déclarés de VIH», p. 75).

Les données sur la prévalence d'anticorps du VHC chez les nouveaux UDVI (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans) sont rares, et la taille de l'échantillon est très petite, mais elles peuvent servir de meilleur indicateur par procuration des taux d'incidence très récents que les données sur les jeunes UDVI. Les informations disponibles pour la période 2003-2004 montrent que la prévalence la plus élevée chez les nouveaux UDVI (plus de 40 %) a été observée dans des échantillons venant de Grèce, de Pologne, du Royaume-Uni et de Turquie, et la plus basse (moins de 20 %) dans des échantillons de Belgique, de République tchèque, de Grèce, de Chypre et de Slovaquie. De petits échantillons nationaux de nouveaux UDVI ont donné des taux de prévalence faibles à Chypre (2 UDVI sur 23 positifs aux anticorps du VHC, soit 9 %) et en Slovaquie (2 sur 32 testés positifs, soit 6 %).

### Hépatite B

La prévalence des marqueurs du virus de l'hépatite B (VHB) varie également fortement tant à l'intérieur des pays qu'entre ceux-ci. Les données les plus complètes concernent l'anti-HBc,

qui indique un antécédent d'infection. En 2003-2004, des échantillons d'UDVI avec une prévalence supérieure à 60 % ont été déclarés en Italie et en Pologne, tandis que des échantillons avec une prévalence de moins de 20 % étaient observés en Belgique, en Irlande, à Chypre, en Autriche, au Portugal, en Slovaquie, en Slovaquie et au Royaume-Uni. Les données de signalement des cas d'hépatite B pour la période 1992-2004 pour les pays pour lesquels des données sont disponibles montrent un paysage très contrasté <sup>(192)</sup>. Dans les pays nordiques, la grande majorité des cas aigus déclarés d'hépatite B sont décelés chez des UDVI, et les foyers d'hépatite B ont coïncidé avec une hausse de l'usage de drogue par voie intraveineuse dans plusieurs pays. À titre d'exemple, les données concernant la Norvège montrent une incidence en forte hausse des infections par hépatite B chez les UDVI entre 1992 et 1998 et un recul ensuite. En Finlande, le signalement de cas d'hépatite B chez les UDVI a fortement chuté ces dernières années, peut-être à la suite des campagnes de vaccination et d'un système exhaustif d'échange de seringues.

## Prévention des maladies infectieuses

### Réponses efficaces

Plusieurs interventions de santé publique se sont révélées utiles pour réduire la transmission des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue, et le consensus est de plus en plus large pour affirmer qu'une approche globale de la fourniture de services dans ce domaine est la plus susceptible de porter des fruits. Historiquement, le débat s'est, dans une large mesure, concentré sur la prévention de l'infection par le VIH parmi les UDVI, mais la nécessité de mesures efficaces pour empêcher la transmission de l'hépatite est de plus en plus reconnue tout comme celle de prévenir la transmission de maladies infectieuses parmi les usagers qui ne s'injectent pas la drogue.

Force est de constater que les preuves les plus solides de l'efficacité des interventions concernent la prévention de l'infection par le VIH chez les UDVI. Un ensemble de données solides montre que les interventions peuvent être considérées comme efficaces et que l'accès aux traitements de tout type offre une protection (Farrell e.a., 2005; OMS, 2005). Depuis le milieu des années 90, la réponse européenne s'est caractérisée par un développement de l'offre de traitement de la dépendance à la drogue (voir chapitre 2), et, dans l'ensemble, cette approche semble avoir été l'un des éléments qui a contribué à la situation relativement encourageante que l'on observe aujourd'hui en Europe en ce qui concerne la transmission du VIH chez les UDVI.

Le traitement n'est qu'un volet d'une approche exhaustive de la prévention du VIH. Parmi les autres éléments figurent diverses techniques d'information, d'éducation

<sup>(191)</sup> Voir graphique INF-6 (partie i) du bulletin statistique 2006.

<sup>(192)</sup> Voir graphique INF-12 (partie i) du bulletin statistique 2006.



et de communication, des conseils et le dépistage volontaire des maladies infectieuses, une vaccination et la distribution de matériel d'injection stérile et d'autres moyens prophylactiques. Ces mesures, alliées à la fourniture de services de traitement médical dans les structures à bas seuil, voire parfois dans la rue, peuvent contribuer à établir ou à améliorer la communication avec des usagers de drogue actifs et avec leurs partenaires sexuels au sujet des risques liés à l'usage de drogue et de la prévention des effets sur la santé.

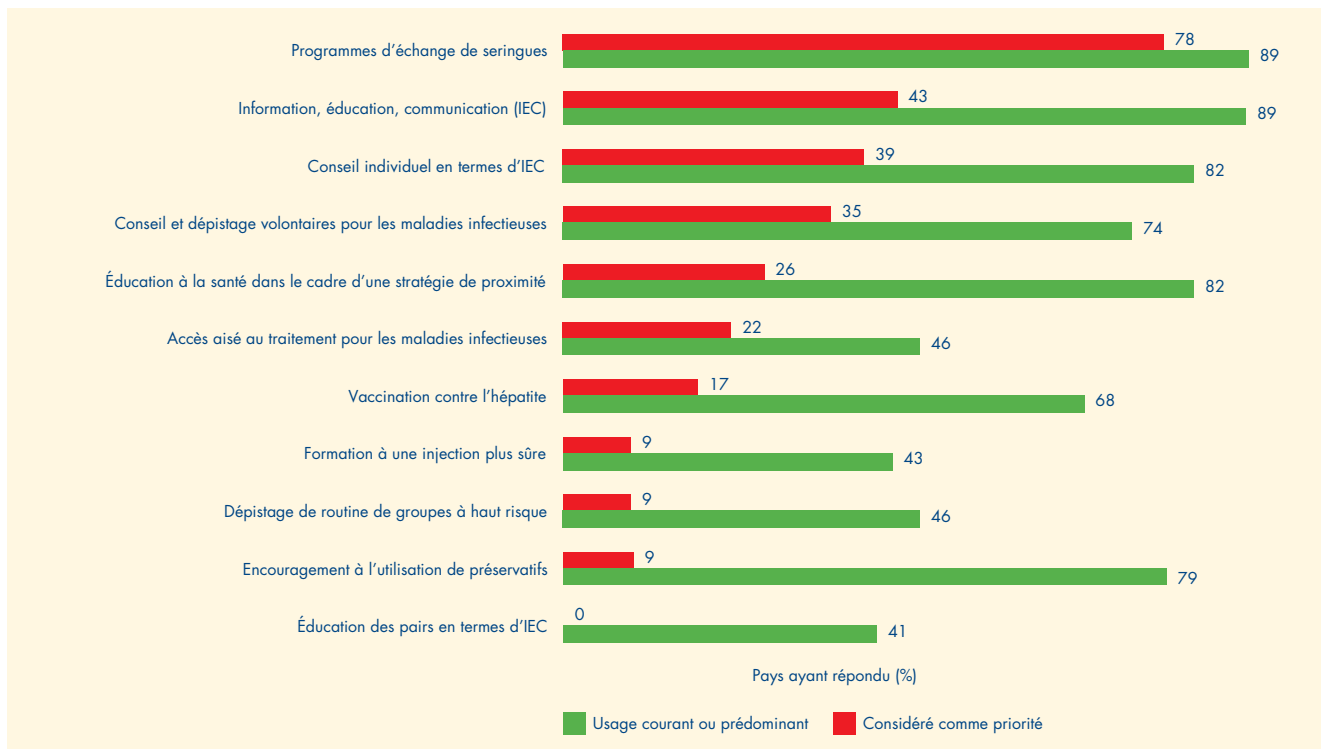
Un engagement général en faveur d'une approche globale ne signifie pas que les différents services sont développés ou soutenus de la même manière au niveau national. Cependant, un certain consensus semble se dégager. Dans une enquête menée auprès des points focaux nationaux, trois personnes interrogées sur quatre jugeaient que les programmes d'échange de seringues combinés à des conseils et une orientation étaient une priorité de la politique nationale concernant la propagation des maladies infectieuses parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse (graphique 11). La reconnaissance explicite par autant de pays du rôle joué par la fourniture de matériel d'injection propre dans le cadre de leurs stratégies de

prévention du VIH illustre bien le fait que ce type de service est devenu essentiel dans la majeure partie de l'Europe et n'est plus considéré comme un sujet de polémique dans la plupart des pays. Cela ne signifie pas pour autant qu'il existe un consensus général sur les avantages de ce type de service. La Grèce et la Suède, par exemple, n'en ont pas fait une priorité politique, même si, dans l'ensemble, l'image qui se dégage en Europe en termes de mise en œuvre d'interventions dans ce domaine est relativement homogène <sup>(193)</sup>, tous les pays, à l'exception de Chypre, ayant déclaré l'existence de programmes d'échange ou de distribution de matériel d'injection stérile <sup>(194)</sup>.

### Types de programmes de mise à disposition de matériel d'injection en Europe

Bien que la plupart des pays d'Europe distribuent désormais du matériel d'injection stérile, la nature et l'étendue du service varient selon les pays. Le modèle le plus courant est la fourniture de ce service dans un endroit fixe, généralement une structure spécialisée, mais, souvent, l'offre est complétée par des services itinérants qui tentent d'atteindre les usagers de drogue dans des lieux communautaires. L'échange de seringues et les distributeurs de seringues complètent

**Graphique 11:** Priorisation et extension de l'usage de certaines mesures de prévention des maladies infectieuses chez les consommateurs de drogue, suivant l'avis de l'expert national: résumé pour les pays ayant répondu



**NB:** Notes de priorité de vingt-trois États membres plus la Bulgarie et la Norvège. Les pays n'ayant pas communiqué ces notes sont l'Irlande, Chypre, la Lituanie et les Pays-Bas.

Les notes concernant l'«étendue de l'usage» ont été fournies par les experts des vingt-cinq États membres plus la Bulgarie et la Norvège. En Belgique, les communautés française et flamande ont transmis des notes distinctes, ce qui porte le nombre total des réponses à 28.

Sources: Points focaux nationaux, enquête des experts, SQ (2004), question 5.

<sup>(193)</sup> Voir graphique NSP-3 du bulletin statistique 2006.

<sup>(194)</sup> Voir rapport annuel 2005 pour un bref aperçu des données relatives à l'efficacité des programmes d'échange de seringues (p. 68).

les services PES (programmes d'échange de seringues) disponibles dans huit pays <sup>(195)</sup>, même si l'offre semble limitée à une poignée de sites, l'Allemagne et la France étant les seuls pays à faire état d'une activité importante dans ce domaine (respectivement 200 et 250 automates environ). L'Espagne est le seul pays de l'UE où des programmes d'échange de seringues sont disponibles dans les prisons, ce service existant dans 27 prisons en 2003. Le seul autre État membre de l'UE à faire état d'une activité dans ce domaine est l'Allemagne, où le service est limité à une seule prison.

Les programmes d'échange de seringues dans les pharmacies contribuent également à étendre la couverture géographique du service, et, en outre, la vente de seringues stériles en pharmacie peut augmenter leur disponibilité. La vente de seringues sans ordonnance est autorisée dans tous les pays de l'UE, à l'exception de la Suède, bien que certains pharmaciens refusent de participer et que certains découragent même activement les usagers de drogue de fréquenter leur officine. Des réseaux d'échange ou de distribution de seringues en officine organisés de manière formelle sont présents dans neuf pays d'Europe (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, France, Pays-Bas, Portugal, Slovaquie et Royaume-Uni), bien que la participation à ces programmes varie considérablement de près de la moitié des pharmacies (45 %) au Portugal à moins de 1 % en Belgique. En Irlande du Nord, l'échange de seringues est actuellement organisé exclusivement dans les pharmacies.

L'achat de seringues en officine peut constituer une source importante de contacts avec le service sanitaire pour certains usagers de drogue par voie intraveineuse, et il existe clairement une possibilité d'exploiter ce point de contact pour mener à d'autres services. Le travail de motivation et de soutien des pharmaciens à développer les services qu'ils offrent aux usagers de drogue pourrait être un volet important de l'extension du rôle des pharmacies, mais, à ce jour, seuls la France, le Portugal et le Royaume-Uni semblent investir véritablement dans ce sens.

## Mortalité et décès liés à la drogue

### Mortalité chez les usagers de drogue à problème

La plupart des informations relatives à la mortalité chez les usagers de drogue à problème en Europe concernent les usagers d'opiacés. La mortalité liée à d'autres formes d'usage de drogue est moins connue, mais demeure un problème majeur de santé publique.

Une étude collaborative lancée dans le cadre d'un projet de l'OEDT a étudié la mortalité chez les usagers d'opiacés en traitement dans huit villes européennes <sup>(196)</sup>. L'étude a relevé une mortalité très élevée parmi les usagers d'opiacés par rapport à leurs pairs: 6 à 20 fois supérieure chez les hommes et 10 à 50 fois supérieure chez les femmes. Selon les

### La couverture des programmes d'échange de seringues en Europe est-elle suffisante?

Bien que près de la moitié des États membres déclarent l'existence de programmes d'échange de seringues, l'impact de ce genre d'intervention dépend de l'adéquation entre l'offre de PES et les besoins des UDVI.

Des estimations récentes du nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse et du nombre de seringues distribuées dans le cadre des PES sont disponibles pour neuf pays. À partir de ces données, il est possible de procéder à une estimation brute du nombre annuel de seringues mises à la disposition de chaque UDVI <sup>(1)</sup>. Compte tenu des données disponibles les plus récentes, les taux de couverture des PES varient considérablement, et le nombre estimé de seringues distribuées par UDVI et par an oscille entre 2 et 3 en Grèce, entre 60 et 90 en République tchèque, en Lettonie, en Autriche et au Portugal, et s'élève à environ 110 en Finlande, 210 à Malte et plus de 250 au Luxembourg et en Norvège. Par ailleurs, des seringues sont également disponibles dans les pharmacies, et les données en provenance de la République tchèque et de la Finlande permettent d'estimer l'offre globale de seringues. Si l'on combine les données relatives à la distribution et aux ventes de seringues, il semble que, chaque année, les UDVI obtiennent en moyenne 125 seringues en République tchèque et 140 en Finlande.

Il est notoire que de nombreux facteurs influencent la fréquence d'injection chez les usagers de drogue, comme les habitudes de consommation, le degré de dépendance et le type de drogue consommée. Une étude récente portant sur la relation entre la prévalence du VIH et la couverture des programmes de distribution de seringues suggère que des facteurs comportementaux, par exemple la fréquence d'injection et la réutilisation personnelle de seringues, influencent fortement le niveau de distribution de seringues nécessaire pour parvenir à une diminution sensible de la prévalence du VIH (Vickerman e.a., 2006).

La mesure de la couverture des programmes d'échange de seringues est un aspect important pour comprendre les effets probables de la distribution de seringues sur la prévention des maladies et évaluer les besoins non satisfaits. Cependant, pour interpréter ces données, il convient de tenir compte de la distribution de seringues dans le cadre des ventes en pharmacie (prix, densité du réseau de pharmacies) ainsi que des habitudes comportementales des UDVI et de facteurs environnementaux. Cette question est approfondie dans le bulletin statistique 2006.

<sup>(1)</sup> Voir le bulletin statistique 2006 pour les notes techniques.

estimations, dans six des huit villes considérées (Amsterdam, Barcelone, Dublin, Londres, Rome et Vienne), entre 10 et 23 % de la mortalité globale des adultes âgés de 15 à 49 ans pourrait être attribuée à la consommation d'opiacés, essentiellement par surdose, au sida et à des causes externes (accidents, suicides). Environ un tiers de ces décès liés à la

<sup>(195)</sup> Voir tableau NSP-2 du bulletin statistique 2006.

<sup>(196)</sup> Amsterdam, Barcelone, Dublin, Danemark, Lisbonne, Londres, Rome et Vienne. Les estimations de la mortalité de la population n'incluent ni Lisbonne ni le Danemark. Voir OEDT (2002b).

drogue étaient dus à des surdoses, bien que la proportion soit supérieure dans les villes où la prévalence de l'infection par le VIH parmi les UDVI est faible, et que cette proportion pourrait augmenter dès que la thérapie antirétrovirale très active (HAART) sera plus largement disponible.

Une étude de cohorte sur la mortalité, réalisée en République tchèque, a conclu que la mortalité des usagers de stimulants était de 4 à 6 fois supérieure (taux de mortalité standardisé — TMS) à celle de la population en général, tandis que celle des usagers d'opiacés était de 9 à 12 fois plus élevée. Une étude de cohorte française, qui a suivi des personnes arrêtées pour consommation d'héroïne, de cocaïne ou de crack, a calculé que la mortalité chez les hommes était 5 fois plus élevée, et celle des femmes 9,5 fois plus élevée que la mortalité de la population en général, mais que la tendance était à la baisse.

À mesure que les usagers d'opiacés vieillissent, la mortalité due à des maladies chroniques (cirrhose, cancer, maladies respiratoires, endocardite, sida) s'ajoute à celle provoquée par des causes extérieures autres que les surdoses, comme le suicide et la violence (rapports nationaux néerlandais, 2004 et 2005, service de santé municipal d'Amsterdam). Les conditions de vie des usagers de drogue (absence de domicile fixe, maladie mentale, violence, mauvaise alimentation, par exemple) peuvent également contribuer fortement au taux élevé de mortalité à l'intérieur de ce groupe.

En outre, le sida lié à l'usage de drogue par voie intraveineuse a provoqué 1 528 décès en 2002 <sup>(197)</sup>, bien qu'il s'agisse très probablement d'une sous-estimation. D'autres causes de décès liés à la drogue, comme la maladie (hépatite, par exemple), la violence et les accidents, sont plus malaisées à quantifier, mais il est probable qu'elles sont à l'origine d'un nombre important de décès. On estime que, dans les villes européennes, 10 à 20 % des décès chez les jeunes adultes peuvent être attribués à l'usage d'opiacés (voir ci-dessus). Il convient d'ajouter à cela la mortalité liée à d'autres formes de consommation de drogue, même si cette dernière est extrêmement difficile à évaluer.

### Décès liés à la drogue

La notion de décès lié à la drogue est une notion complexe. Dans certains rapports, elle ne fait référence qu'aux décès directement causés par l'action de substances psychoactives, tandis que, dans d'autres, elle inclut également les décès dans lesquels l'usage de drogue a joué un rôle indirect ou circonstanciel (accidents de voiture, violence, maladies infectieuses). Un rapport récent

portant sur les types de risques entraînés par l'usage de substances illicites au Royaume-Uni a estimé que les décès liés à la drogue constituaient le risque principal lié à l'usage de drogue (MacDonald e.a., 2005).

Dans cette section, ainsi que dans le protocole de l'OEDT, l'expression «décès liés à la drogue» fait référence aux décès directement provoqués par la consommation d'une ou de plusieurs drogues et généralement survenus peu de temps après la prise de la ou des substances. Ces décès sont aussi appelés «surdoses», «empoisonnements», «décès provoqués par la drogue» ou encore «décès par intoxication aiguë» <sup>(198)</sup>.

Entre 1990 et 2003, les pays de l'UE ont déclaré chaque année entre 6 500 et plus de 9 000 décès, soit un total de plus de 113 000 morts au cours de la période considérée. Ces chiffres peuvent être considérés comme une estimation minimale, en raison d'un niveau probablement insuffisant de signalement des cas dans bon nombre de pays <sup>(199)</sup>.

Les taux de mortalité de la population dus aux décès liés à la drogue varient considérablement au sein de l'Union européenne, allant de 0,2 décès à plus de 50 décès par million d'habitants (la moyenne se situe à 13). Dans la plupart des pays, les chiffres sont compris entre 7 et 30 victimes par million d'habitants, avec des taux supérieurs à 25 au Danemark, en Estonie, au Luxembourg, en Finlande, au Royaume-Uni et en Norvège. Chez les hommes âgés de 15 à 39 ans, les taux de mortalité sont généralement trois fois plus élevés (en moyenne, 40 décès par million d'habitants), et, dans sept pays, les taux de mortalité dépassent 80 décès par million d'habitants. Les décès liés à la drogue ont représenté 3 % de l'ensemble des décès d'Européens âgés de 15 à 39 ans en 2003-2004 et plus de 7 % au Danemark, en Grèce, au Luxembourg, à Malte, en Autriche, au Royaume-Uni et en Norvège. Ces chiffres doivent être considérés comme des estimations minimales et il y a lieu de tenir compte du fait qu'en dépit des améliorations observées, il existe toujours d'importantes différences dans la qualité des rapports entre les pays, de sorte que toute comparaison directe doit être opérée avec prudence <sup>(200)</sup>.

### Décès liés aux opiacés

Des opiacés sont décelés dans la plupart des cas de «décès par intoxication aiguë» déclarés dans l'UE et dus à des substances illicites, bien que, dans de nombreux cas, d'autres substances soient également identifiées lors de l'examen toxicologique, notamment l'alcool, les benzodiazépines et, dans certains pays, la cocaïne. En Europe, la majeure partie

<sup>(197)</sup> Voir EuroHIV (2005). Le chiffre concerne les régions ouest et centre d'OMS Europe, qui couvrent certains pays tiers, et le total des décès pour l'Estonie, la Lettonie et la Lituanie (zone est).

<sup>(198)</sup> Il s'agit de la définition commune reconnue par le groupe des experts nationaux de l'OEDT. À l'heure actuelle, la plupart des définitions nationales de cas sont identiques ou très similaires à celle de l'OEDT, bien que certains pays incluent encore des cas de décès dus à des médicaments psychoactifs ou des décès autres que par surdose, généralement en nombre limité (voir la note méthodologique du bulletin statistique 2006 intitulée «Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues». Section 1: EMCDDA definition et section 2: National definitions et DRD Standard Protocol, version 3.0).

<sup>(199)</sup> Voir tableaux DRD-2 (partie i), DRD-3, DRD-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(200)</sup> Voir tableau DRD-1 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2006.

des décès liés aux opiacés sont dus à l'héroïne, mais d'autres opiacés sont également impliqués (voir plus loin) <sup>(201)</sup>.

La surdose d'opiacés est l'une des principales causes de décès chez les jeunes en Europe, en particulier chez les jeunes hommes des zones urbaines. À l'heure actuelle, la surdose est également la principale cause de décès des usagers d'opiacés dans l'ensemble de l'UE, en particulier dans les pays où la prévalence du VIH est faible parmi les UDVI (voir «Mortalité chez les usagers de drogue à problème», p. 80).

La majorité des usagers de drogue victimes de surdose sont des hommes <sup>(202)</sup> — 60 à 100 % des cas —, et, dans la plupart des pays, le pourcentage varie entre 75 et 90 %, les pourcentages les plus élevés chez les femmes étant enregistrés en République tchèque, en Pologne et en Finlande, et les plus bas en Grèce, en Italie et à Chypre. Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des pourcentages différents d'usage d'opiacés et d'injection entre hommes et femmes.

La plupart des victimes de surdose ont entre 20 et 40 ans, l'âge moyen étant le milieu de la trentaine dans la majorité des pays (mais dans une fourchette comprise entre 22 et 44 ans). L'âge moyen des victimes de surdose est le plus bas en Estonie, en Slovaquie, en Bulgarie et en Roumanie et le plus élevé en République tchèque, aux Pays-Bas, en Pologne et en Finlande. Très peu de décès par surdose sont rapportés pour des jeunes de moins de 15 ans (17 cas sur un total de 7 516 décès, sur la base des données disponibles les plus récentes pour chaque pays), bien que les décès liés à la drogue dans cette tranche d'âge puissent faire l'objet d'un niveau insuffisant de signalement des cas. Les chiffres de l'OEDT incluent quelques décès de personnes âgées de plus de 65 ans, sept pays seulement ayant fait état de plus de 5 % de cas dans cette tranche d'âge <sup>(203)</sup>.

Dans plusieurs nouveaux États membres et dans les pays candidats, la moyenne d'âge lors du décès est comparativement basse (Estonie, Chypre, Lettonie, Slovaquie, Bulgarie et Roumanie) et l'on recense un nombre élevé de surdoses chez des jeunes de moins de 25 ans, ce qui peut refléter l'existence d'une population de consommateurs d'héroïne plus jeune dans ces pays. L'âge moyen élevé observé en République tchèque est dû à l'inclusion de nombreux décès liés à la consommation de médicaments psychoactifs (graphique 12).

Bon nombre d'États membres constatent une élévation de l'âge des victimes de surdose, ce qui tend à indiquer une baisse de l'initiation à la consommation d'héroïne chez les jeunes. Cette tendance est générale dans les États

membres de l'EU-15 et elle est observée depuis le début des années 90, bien qu'elle soit moins marquée en Suède et au Royaume-Uni. Dans les nouveaux États membres, la tendance est moins claire et une diminution de l'âge moyen a même été observée dans de nombreux cas <sup>(204)</sup>.

### Décès liés à la méthadone

Plusieurs pays ont fait état de la présence de méthadone dans un nombre important de décès liés à la drogue dans les rapports nationaux Reitox de 2005. La terminologie utilisée varie selon les pays et il est parfois difficile de déterminer le rôle joué par la méthadone dans le décès.

Le Danemark a déclaré que la méthadone était à l'origine de l'empoisonnement (seule ou en combinaison avec d'autres substances) dans 44 % des décès (95 décès sur 214 déclarés en 2004), un chiffre similaire à celui de 2003, mais en forte progression depuis 1997. L'Allemagne a rapporté 345 décès attribués à des «substances de substitution» (46 dus à une seule substance et 299 en combinaison avec d'autres stupéfiants en 2004), avec une baisse sensible depuis 2002. Quant au Royaume-Uni, il a déclaré 216 cas qui «mentionnent» la présence de méthadone (Angleterre et pays de Galles, 2003), soit également une diminution claire depuis 2002. L'Espagne a signalé quelques rares cas de surdoses liés à la seule méthadone (2 %), mais elle a indiqué que cette substance était souvent présente dans des décès liés aux opiacés (42 %) et à la cocaïne (20 %). D'autres pays n'ont pas fait état de décès liés à la méthadone ou n'ont rapporté que des nombres de cas très réduits. Les facteurs qui expliquent ces différences ne sont pas clairs et l'on ignore s'il y a sous-déclaration dans certains pays <sup>(205)</sup>.

Bien que les études fassent apparaître qu'un traitement de substitution réduit le risque de surdose mortelle, il importe de surveiller le nombre de décès liés à la méthadone et les circonstances de la mort (l'origine de la substance, si elle a été consommée en combinaison avec d'autres substances, l'étape du traitement au cours de laquelle l'intoxication est survenue) dans le cadre du suivi de l'assurance qualité des programmes de substitution.

### Décès liés à la buprénorphine et au fentanyl

Les décès par empoisonnement à la buprénorphine sont rares, une rareté attribuée aux caractéristiques pharmacologiques agoniste-antagoniste de cette substance. Cependant, quelques décès ont été rapportés en Europe.

Dans les rapports nationaux de 2005, seules la France et la Finlande ont fait état de décès liés à cette substance. En Finlande, de la buprénorphine a été découverte dans

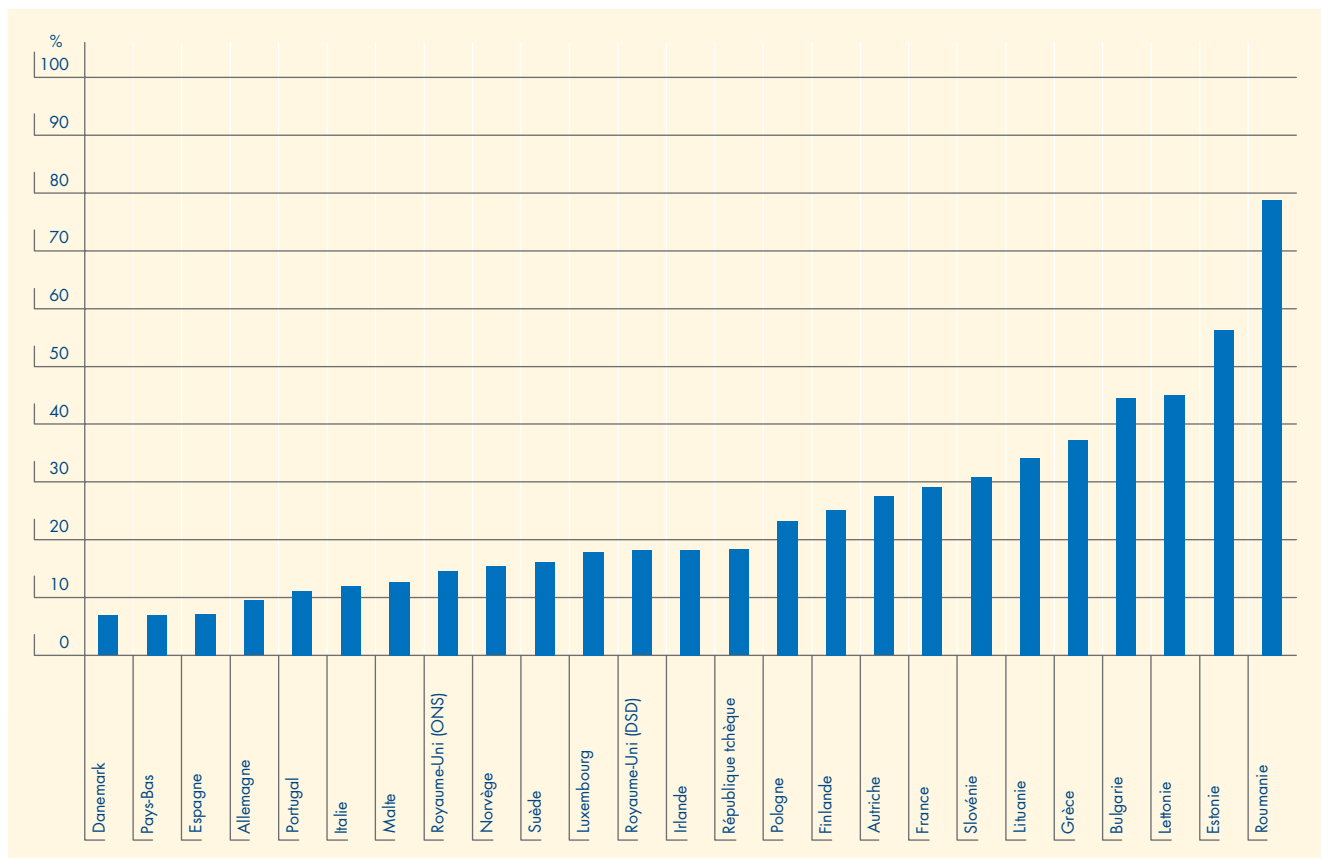
<sup>(201)</sup> Voir graphique DRD-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(202)</sup> Étant donné que la plupart des cas signalés à l'OEDT sont des surdoses d'opiacés, les caractéristiques générales des décès par intoxication aiguë sont utilisées pour décrire les cas de décès liés aux opiacés.

<sup>(203)</sup> Voir tableau DRD-1 du bulletin statistique 2006.

<sup>(204)</sup> Voir graphiques DRD-3 et DRD-4 du bulletin statistique 2006.

<sup>(205)</sup> Un essai en grandeur réelle de l'OEDT est en cours pour améliorer la qualité des informations fournies sur les substances impliquées dans les décès liés à la drogue, y compris les produits de substitution.

**Graphique 12:** Pourcentage de décès par intoxication aiguë survenus avant 25 ans (2002)

NB: ONS: Office of national statistics; DSD: drug strategy definition.

2002 a été pris comme année de référence, parce que des informations sont disponibles pour cette année dans la plupart des pays.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits des registres nationaux de mortalité ou de registres spéciaux (médecine légale ou police). Sur la base des «définitions nationales» telles qu'elles se présentent dans les notes méthodologiques sur les décès liés à la drogue dans le bulletin statistique 2006.

73 décès liés à la drogue en 2004, soit le même nombre qu'en 2003, et généralement en association avec des benzodiazépines, des somnifères ou de l'alcool. Ces chiffres élevés vont de pair avec une augmentation des traitements à la buprénorphine en Finlande, même si le nombre de personnes traitées est largement inférieur aux 70 000 à 85 000 personnes qui reçoivent de la buprénorphine en France, selon les estimations. Il est donc intéressant de noter qu'en France, seuls 4 cas de surdose à la buprénorphine ont été déclarés en 2004 (contre 8 cas l'année précédente). Même en tenant compte d'une sous-déclaration possible des empoisonnements en France, l'ampleur de l'écart est frappante. Outre la France et la Finlande, trois autres pays ont mentionné des décès liés à la buprénorphine (deux ou trois cas chacun seulement), mais sans preuve que la substance était la cause principale du décès.

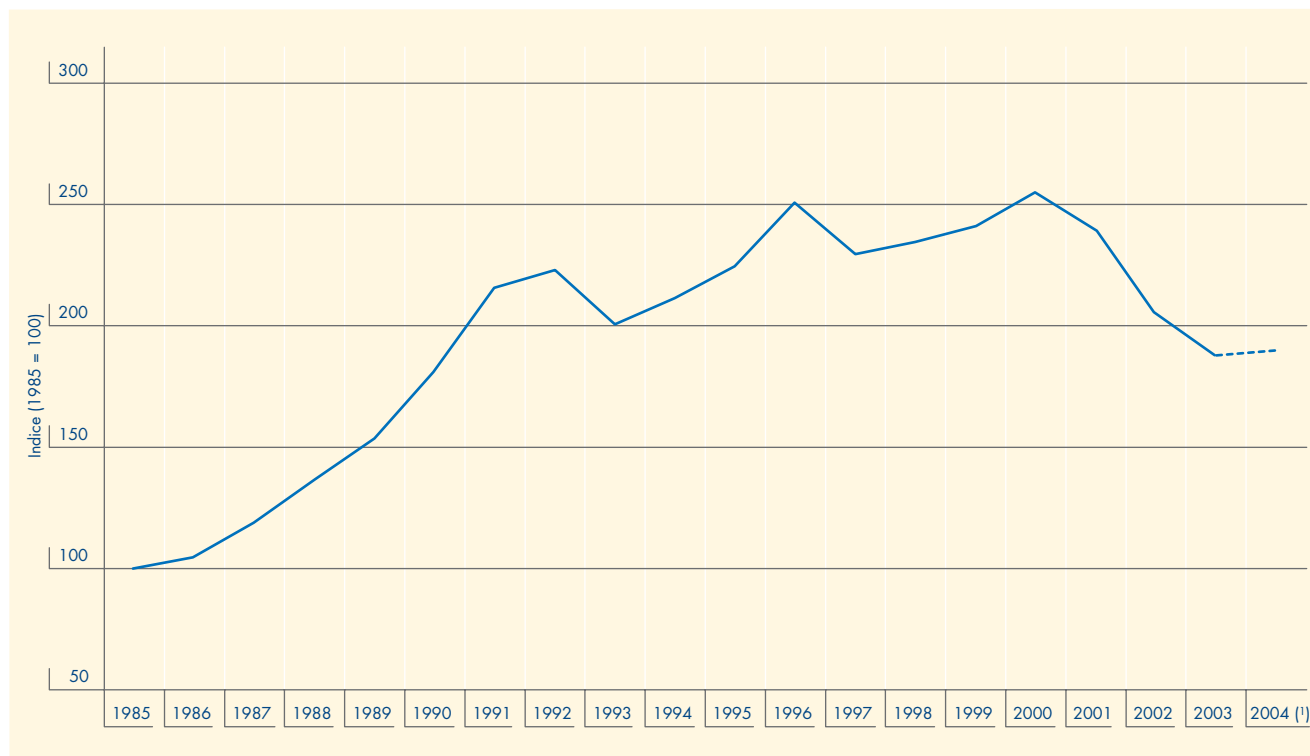
Au cours des années précédentes, des décès liés au fentanyl ont été rapportés dans les pays qui bordent la mer Baltique, mais aucun cas n'a été recensé dans les rapports nationaux de 2005.

### Tendances des décès dus à une intoxication aiguë

Les tendances nationales des décès liés à la drogue peuvent donner un aperçu de l'évolution de l'usage problématique de drogue dans chaque pays, comme les comportements à haut risque (injection, par exemple) et les épidémies d'héroïne, ainsi que l'offre de traitement et même les différences dans la disponibilité de l'héroïne. Elles peuvent naturellement aussi mettre en évidence la réussite des politiques des services médicaux d'urgence dans la prévention de surdoses mortelles <sup>(206)</sup>.

Les données disponibles pour l'Union européenne font apparaître certaines tendances générales dans les décès liés à la drogue. Dans les États membres de l'EU-15, une progression importante du nombre de décès liés à la drogue a été observée durant les années 80 et au début des années 90, qui a peut-être suivi la courbe d'expansion de l'usage et de l'injection d'héroïne. Les décès liés à la drogue ont continué à augmenter entre 1990 et 2000, mais moins fortement (graphique 13). Le nombre total annuel de décès

<sup>(206)</sup> Voir graphique DRD-7 du bulletin statistique 2006.

**Graphique 13:** Tendence à long terme des décès par intoxication aiguë, 1985-2004

(!) Dix pays ont transmis des informations pour 2004 et six ne l'ont pas fait. Par conséquent, le chiffre relatif à 2004 est provisoire et repose sur une comparaison des données de 2003 et 2004 uniquement pour les pays qui ont fourni des données pour les deux années.

NB: Les nouveaux États membres et les pays candidats ne sont pas compris dans ce chiffre en raison de l'absence de données rétrospectives dans la plupart des cas. Voir tableau DRD-2 dans le bulletin statistique 2006 pour le nombre de décès dans chaque pays et les notes méthodologiques.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2005), extraits des registres généraux de mortalité ou de registres spéciaux (médecine légale ou police).

liés à la drogue dans les États membres pour lesquels des informations sont disponibles (à savoir, la plupart des anciens et des nouveaux États membres) est passé de 8 054 victimes en 1995 à 9 392 en 2000, soit une hausse de 14 %.

Depuis 2000, bon nombre de pays de l'UE ont mentionné une réduction du nombre de décès liés à la drogue, qui est peut-être à mettre en rapport avec l'augmentation de la disponibilité des traitements et des initiatives de réduction des risques, même si la diminution de la prévalence de l'usage de drogue peut également jouer un rôle considérable. Au niveau européen, les décès liés à la drogue ont chuté de 6 % en 2001, de 13 % en 2002 et de 7 % en 2003. En dépit de cette amélioration de la situation, on comptait néanmoins toujours près de 7 000 cas déclarés de décès liés à la drogue en 2003 (les données relatives à la Belgique, à l'Espagne et à l'Irlande sont manquantes). Toutefois, parmi les pays ayant fourni des données en 2004 (dix-neuf), on observait une petite hausse de 3 %. Même s'il convient d'interpréter avec prudence les données de 2004, treize des dix-neuf pays ont déclaré une augmentation de quelques pourcents.

Le nombre de décès chez les jeunes de moins de 25 ans affiche de fortes différences entre les anciens et les nouveaux États membres. Dans les États membres de

l'EU-15, la baisse du nombre de décès est constante depuis 1996, ce qui semble indiquer une réduction du nombre de jeunes usagers d'opiacés par voie intraveineuse, tandis que, dans les nouveaux États membres, une forte progression a été observée jusqu'en 2000-2002, avec seulement l'amorce d'un recul apparent en 2003 <sup>(207)</sup>.

Il existe également des différences entre les sexes. Le nombre de décès chez les hommes a augmenté progressivement entre 1990 et 2000, pour baisser ensuite sensiblement (chute de 30 % en 2003), tandis que le nombre de décès déclarés chez les femmes est resté relativement stable entre 1990 et 2000, oscillant entre 1 700 et 2 000 par an, et n'a diminué que de 15 % depuis. Ce phénomène pourrait être dû à une conjonction de facteurs, dont l'efficacité différente des interventions ou des différences dans les facteurs de risques selon le sexe <sup>(208)</sup>.

Dans les pays qui disposent de séries de données plus longues, on peut dégager des tendances différentes dans les décès liés à la drogue. Dans certains pays, les décès liés à la drogue ont culminé au début des années 90 et baissé ensuite, comme en Allemagne, où ils ont connu un pic en 1991-1992, en Espagne (1991), en France (1994) et en Italie (1991). Dans d'autres, comme la Grèce, l'Irlande, le Portugal, la Finlande, la Suède et la Norvège,

<sup>(207)</sup> Voir graphique DRD-5 du bulletin statistique 2006.

<sup>(208)</sup> Voir graphique DRD-6 du bulletin statistique 2006.

les décès liés à la drogue ont atteint des sommets plus tard, entre 1998 et 2001, et ont ensuite nettement reflué. Dans d'autres pays encore, la tendance est moins nette ou les chiffres plus stables. Bien que toute interprétation soit à faire avec prudence en raison du nombre relativement faible de décès liés à la drogue dans certains pays, ces tendances pourraient être mises en rapport avec l'évolution de la consommation d'héroïne par injection <sup>(209)</sup>.

### Décès liés à l'ecstasy et aux amphétamines

En Europe, les décès liés à l'ecstasy ont commencé à apparaître dans les rapports durant les années 90, lorsque cette drogue s'est popularisée. Les décès liés à l'ecstasy sont très préoccupants, dans la mesure où ils surviennent souvent de manière inattendue chez des jeunes socialement intégrés.

Les informations sur les décès liés à l'ecstasy sont limitées, mais les données contenues dans les rapports nationaux Reitox de 2005 donnent à penser que les décès mettant en cause l'ecstasy demeurent relativement inhabituels par rapport à ceux liés aux opiacés, même si, dans certains pays, leur nombre n'est pas négligeable. Dans l'ensemble de l'Europe, 77 décès ont été recensés, ce qui devrait être considéré comme une estimation minimale <sup>(210)</sup>. Des cas ont été rapportés au Danemark (2), en Allemagne (20), en France (4), en Hongrie (3) et au Royaume-Uni (48 cas mentionnant l'ecstasy, dont 33 en Angleterre et au pays de Galles), mais les rapports sont probablement plus précis dans ces pays. En Espagne, de l'ecstasy a été détectée dans 2,5 % des intoxications liées à la drogue.

Le problème du risque lié à la consommation d'ecstasy a souvent été soulevé. Compte tenu de la marge d'erreur des estimations de prévalence réalisées à partir d'enquêtes et des difficultés à déclarer les décès liés à la drogue, en divisant le nombre de victimes recensées par le nombre d'usagers par an <sup>(211)</sup> (personnes présentant un risque potentiel), on obtient des pourcentages de 5 à 8 cas et de 2 à 5 cas pour 100 000 usagers dans les deux pays pour lesquels ce calcul peut être effectué.

Les cas déclarés de décès liés aux amphétamines sont également rares, bien que la République tchèque ait attribué 16 décès à la pervitine (méthamphétamine) en 2004, soit près du double du chiffre de 2003, chiffre que l'on peut mettre en relation avec une hausse du nombre estimé d'usagers de pervitine à problème et de demandes de traitement. Pour les décès liés au GHB, voir chapitre 4.

### Décès liés à la cocaïne

Les risques sanitaires liés à l'usage de cocaïne suscitent des inquiétudes de plus en plus vives, en raison de la hausse de la consommation récréative de cette substance observée

dans plusieurs pays chez les jeunes, chez les toxicomanes en traitement et dans les populations marginalisées.

L'usage de cocaïne est courant chez les usagers d'opiacés et il est fréquent de trouver de la cocaïne dans les analyses toxicologiques des victimes de surdoses d'opiacés, sans compter d'autres substances comme l'alcool et les benzodiazépines. La cocaïne est souvent consommée avec de l'alcool, une combinaison qui peut accroître sa toxicité.

Les statistiques actuellement disponibles en Europe sont limitées, et la variété des critères utilisés pour identifier les décès liés à la cocaïne rend toute comparaison impossible. En outre, certains décès liés à la cocaïne peuvent ne pas être reconnus ou déclarés, ce qui entraîne une sous-estimation des cas. Les données existantes montrent que, dans de nombreux décès impliquant de la cocaïne, des opiacés ont également été décelés.

Dans les pays qui ont fourni des données, plus de 400 décès liés à la cocaïne ont été recensés dans les rapports nationaux de 2005 et il s'agit d'une estimation minimale. Dans la plupart de ces cas, la cocaïne semble avoir été la cause du décès, même si cela ne ressort pas toujours clairement des rapports. Neuf pays n'ont pas cité explicitement l'existence ou l'absence de décès liés à la cocaïne. Cette substance était à l'origine de 0 à 20 % des décès par intoxication aiguë déclarés, soit entre 10 et 20 % de ce type de décès en Allemagne, en Espagne, en France, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Des décès dans lesquels la cocaïne a joué un rôle (soit seule soit en combinaison avec d'autres substances) ont été déclarés par l'Allemagne (166), l'Espagne (53), la France (14), les Pays-Bas (20) et le Royaume-Uni (142 «mentions», dont 113 en Angleterre et au pays de Galles). Neuf autres pays ont déclaré entre 0 et 2 cas. En outre, dans certains pays, on trouve couramment des traces de cocaïne dans les analyses toxicologiques de personnes ayant fait une surdose d'opiacés. Sur la base de données disponibles limitées, il est difficile de dégager des tendances avec certitude, mais une tendance à la hausse semble se dessiner dans tous les pays où le nombre de cas est élevé, à savoir l'Allemagne, l'Espagne, la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, même si, aux Pays-Bas, la hausse s'est arrêtée ces deux dernières années.

Par ailleurs, la cocaïne peut être un facteur aggravant dans les décès dus à des problèmes cardiovasculaires (arythmie, infarctus du myocarde, hémorragies cérébrales), en particulier chez les usagers ayant des prédispositions ou présentant des facteurs de risque (tabagisme, hypertension, angiomes) ou plus âgés. Un grand nombre de ces décès peuvent passer inaperçus aujourd'hui en raison de l'absence de sensibilisation au phénomène. Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine.

<sup>(209)</sup> Voir graphique DRD-7 du bulletin statistique 2006.

<sup>(210)</sup> Selon les pays, les chiffres concernent 2003 ou 2004, pour l'ecstasy et la cocaïne.

<sup>(211)</sup> Usage au cours des douze derniers mois dans les enquêtes de population.

## Réduction du nombre de décès liés à la drogue

### Réponses efficaces

La condition préalable à l'éducation et à la gestion des risques ainsi qu'à l'information sur l'accès aux services, comme le traitement, est d'atteindre les populations d'usagers de drogue non traités et d'établir une communication avec eux.

L'étude des circonstances des surdoses a permis la mise en place d'interventions ciblant des situations ou des individus à haut risque. Ces mesures pourraient aboutir à une forte réduction du nombre de décès imputables aux effets immédiats de la prise de drogue. Le rôle des différentes interventions dans la réduction des décès par surdose grave a été résumé dans un document d'information récent sur la politique de l'OEDT (OEDT, 2004d).

Étant donné qu'en Europe, la plupart des décès par surdose sont liés à l'héroïne, on peut considérer que l'entrée en traitement d'un nombre croissant d'héroïnomanes est une mesure de prévention des surdoses. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué au modeste renversement de tendance observé récemment dans les décès par surdose dans quelques États membres. Parmi ceux-ci figurent les diminutions des taux de prévalence et d'injection, les efforts accrus de prévention, la hausse de la disponibilité des traitements et la participation accrue au traitement et le maintien en traitement, et peut-être la réduction des comportements à risques.

### Profil des réponses

Dans la plupart des pays, l'avis des experts sur le recours à différentes stratégies d'intervention pour réduire le nombre de décès par surdose de drogue est que le traitement de substitution d'opiacés est l'approche la plus intéressante <sup>(212)</sup>. Bien que ce type de traitement existe en Hongrie et en Suède, il n'y est pas considéré comme un moyen de réduire les décès liés à la drogue. En Estonie et en Pologne, le faible niveau de l'offre de traitement de

substitution a pour effet que le traitement de substitution à la méthadone n'est actuellement pas considéré comme une mesure majeure de réduction des décès par surdose.

Les réponses axées sur l'information, l'éducation et la communication sont d'autres mesures importantes mises en œuvre dans la plupart des pays d'Europe. La diffusion de messages de sensibilisation aux risques et d'instructions pour gérer les surdoses par le biais de brochures ou d'autres supports spécialement conçus à cette fin (prospectus, sites web, campagnes de presse) est courante ou prédominante dans dix-neuf pays. Cependant, sept pays (Estonie, France, Irlande, Lettonie, Hongrie, Malte et Finlande) ne recourent que rarement à ces méthodes, et un pays, la Suède, pas du tout.

Selon les points focaux nationaux, l'approche consistant à intégrer systématiquement une évaluation individuelle des risques dans les routines de conseil et de traitement et à organiser des séances de groupe sur l'éducation aux risques et les réponses pour les usagers de drogue est moins courante.

Une vaste catégorie d'activités peut être regroupée sous l'appellation d'«interventions préalables à la sortie de prison». Elles vont de la simple diffusion d'informations à des conseils sur les risques de surdose et leur prévention en passant par l'initiation ou la poursuite d'un traitement de substitution en milieu carcéral. Cependant, les activités relevant de cette catégorie de mesures sont rarement utilisées dans treize pays et pas du tout dans cinq autres (Lettonie, Hongrie, Pologne, Suède et Roumanie). En Espagne, en Italie et au Royaume-Uni, les interventions en milieu carcéral font partie des approches principales adoptées pour réduire les décès par intoxication aiguë.

Au niveau local, les risques liés à l'injection dans les lieux publics ont conduit à l'ouverture de locaux de consommation de drogue supervisés par des professionnels dans quatre États membres de l'UE et en Norvège <sup>(213)</sup>. Les groupes ciblés sont les UDVI extrêmement marginalisés et à risques qui s'injectent la drogue dans la rue (OEDT, 2004c).

<sup>(212)</sup> Résultats fondés sur une enquête menée par 27 points focaux nationaux en 2004. L'instrument peut être téléchargé à l'adresse suivante: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

<sup>(213)</sup> Les pays de l'UE sont l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg et les Pays-Bas.





## Chapitre 8

# Améliorer la surveillance de l'usage problématique de drogue et de la polyconsommation de drogues

Toxicomanie, dépendance à la drogue, usage abusif de drogue, usage dangereux de drogue, usage problématique de drogue: voici quelques notions associées à l'indicateur d'usage problématique de drogue de l'OEDT, chacun impliquant des nuances subtiles au niveau médical ou social. L'indicateur de l'usage problématique de drogue de l'OEDT contrôle l'«usage de drogue par voie intraveineuse ou l'usage régulier ou de longue durée d'héroïne, de cocaïne et/ou d'amphétamines». Par convention, cette définition englobe l'usage d'autres opiacés, comme la méthadone.

Cette définition de l'UPD est purement comportementale. Elle repose sur les modes de consommation de la drogue et ne mesure en aucune manière explicitement le problème. Néanmoins, cet indicateur est associé aux différents concepts d'addiction du fait qu'il est entendu qu'il est très probable qu'une personne se comportant de cette manière relève de la notion plus générale d'«usager à problème». Il importe de souligner à cet égard que l'indicateur UPD n'estime qu'un sous-groupe important des personnes dont on peut penser qu'elles connaissent une forme ou une autre de problème avec la drogue. Néanmoins, cette approche est précieuse. En effet, en tant que concept défini par le comportement, elle présente les avantages suivants:

- elle permet de surveiller la situation sans être tenue par des définitions de la toxicomanie, de la dépendance, du risque et du problème proprement dit;
- elle est relativement aisée à utiliser dans les études;
- elle regroupe différents types de drogues et de modes d'administration comme autant d'alternatives, sans les différencier spécifiquement.

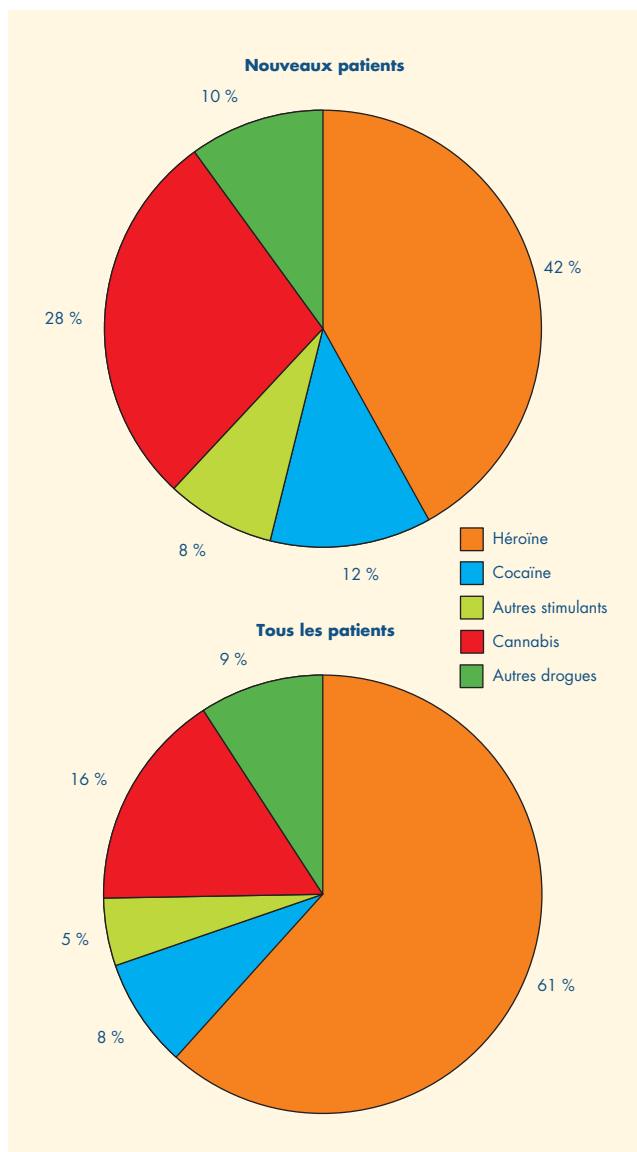
D'un point de vue historique, l'indicateur de suivi de l'OEDT est un enfant de son temps. Durant les années 80 et, dans une large mesure, dans les années 90, la consommation d'héroïne et l'usage de drogue par voie intraveineuse étaient considérés comme les éléments essentiels du phénomène de la drogue qui devaient faire l'objet d'une estimation. En outre, ces types d'usage de drogue ne pouvaient pas être mesurés de manière probante par des techniques de sondage. L'ajout des amphétamines a rendu la définition plus adaptée à la situation de certains pays nordiques, où l'usage d'amphétamines par injection était répandu, et, bien que la cocaïne soit couverte par la

définition, dans la pratique, elle constituait rarement un élément significatif des estimations. Bien que l'indicateur UPD donne encore une image utile d'un aspect important du phénomène de la drogue, il apparaît de plus en plus clairement qu'il doit être affiné afin de répondre aux nécessités qu'impose la surveillance de la situation de plus en plus hétérogène du phénomène de la drogue en Europe. On observe une complexification croissante des problèmes chroniques de drogue en Europe. Pour garder sa pertinence face à des substances illicites en évolution, le travail de surveillance doit progresser et répondre aux défis suivants: englober un éventail de drogues plus large et couvrir leur usage de manière plus affinée que jamais.

L'élargissement de l'UE a élargi la palette des comportements sociaux, et l'usage de substances illicites n'y fait pas exception. Les développements en matière de culture de la drogue, l'émergence de drogues de synthèse et de médicaments utilisés de manière illicite, la transition vers la cocaïne et la prévalence générale élevée de la consommation de cannabis doivent être reconnus pour comprendre les besoins des personnes qui éprouvent des problèmes associés à leur usage de drogues. Les sections précédentes de ce rapport montrent que, bien que les usagers d'héroïne soient toujours clairement les principaux demandeurs de traitement, la situation change en ce qui concerne les personnes qui entament un traitement pour la première fois, parmi lesquelles les usagers à problème de cannabis et de stimulants sont en augmentation (graphique 14).

Ce changement de situation doit être analysé à la lumière de l'offre beaucoup plus large de traitements proposés aux usagers d'opiacés à problème et de la couverture étendue des rapports relatifs aux traitements. Le traitement de substitution aux opiacés, en particulier, qui enferme les personnes dans des soins de longue durée (il est à noter que cela n'apparaît pas dans ces diagrammes, qui ne reprennent que les personnes ayant entamé un traitement au cours de l'année), met en évidence le rôle des opiacés dans la charge actuelle de traitement par rapport aux personnes qui entament un nouveau traitement. Néanmoins, dans bon nombre de pays, il semblerait que les personnes qui développent un problème de drogue en Europe aujourd'hui seront probablement plus hétérogènes que dans le passé, à tout le moins en ce qui concerne les substances qu'elles consomment.

**Graphique 14:** Ventilation des «nouveaux» et de «tous» les patients en quête de traitement en fonction de leur drogue primaire



NB: Sur la base des données fournies par la République tchèque, le Danemark, l'Allemagne, la Grèce, l'Italie, Chypre, la Hongrie, Malte, les Pays-Bas, la Slovaquie, la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni, la Bulgarie, la Roumanie et la Turquie.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

## L'indicateur UPD et le recensement des populations cachées d'usagers de drogue

L'approche actuelle de l'UPD s'est révélée extrêmement précieuse pour mieux évaluer le groupe des usagers de drogue qui constituent les principaux clients des services de traitement en Europe. Cette approche a servi à encourager le développement de diverses méthodes et procédures statistiques afin d'estimer la taille globale de cette population en grande partie cachée. Dans toutes ces approches, la mesure part du principe qu'un pourcentage d'usagers de drogue à problème est

«administrativement visible», puisqu'ils sont en contact avec divers services sociaux, juridiques, d'urgence et de traitement, et que, à partir de cette minorité visible, il est possible d'estimer la taille de la population si le pourcentage est connu. Ces méthodes statistiques indirectes complètent les enquêtes de population qui, pour diverses raisons d'ordre pratique et méthodologique, se prêtent moins à l'estimation de la prévalence d'un usage de drogue faible, stigmatisé et, en grande partie, caché.

S'agissant de l'application actuelle de l'indicateur UPD dans l'UE, les pays ont adapté sa définition afin de tenir compte des particularités de leur situation individuelle, et la situation est, dès lors, hétérogène. Neuf pays suivent pour l'essentiel la définition telle qu'elle a été formulée par l'OEDT; onze pays n'estiment que le nombre d'usagers d'opiacés (ou d'héroïne) et quatre autres n'excluent pas les usagers de cannabis à problème bien que, de manière générale, les usagers de cannabis ne représentent qu'une très petite partie de leurs estimations (les critères présidant à l'inclusion des usagers de cannabis étant très stricts puisqu'ils ne recensent que les usagers dépendants ou l'usage très intensif).

L'usage plus répandu de cocaïne, de crack et de stimulants en général ainsi que le chevauchement des problèmes liés à la drogue et de ceux associés à l'alcool et aux médicaments sur ordonnance impliquent que, même en cas d'application cohérente de l'indicateur, les estimations couvriraient désormais une gamme plus large de substances qu'auparavant, avec des conséquences et des problèmes plus variés. De ce fait, outre la surveillance de l'ampleur globale de l'usage problématique de drogue, il est nécessaire de surveiller séparément les différents comportements qui composent l'indicateur UPD, à savoir l'injection et chaque type de drogue couvert par la définition de l'UPD. Cette approche peut se révéler particulièrement importante en raison des preuves apportées par certains pays d'un usage accru de cocaïne et des modes de consommation des amphétamines et pourrait permettre de suivre en détail l'évolution des tendances de l'usage d'opiacés. Si ces comportements ne font l'objet que de données globales, il va de soi qu'il existe un risque de masquer d'importants développements et de perdre une occasion de mieux comprendre l'évolution des tendances.

Ce rapport présente pour la première fois une estimation distincte de l'usage d'héroïne et de l'injection d'héroïne en Europe (voir plus haut). En outre, on relève une augmentation de l'offre de traitements pour les problèmes de dépendance aux opiacés, avec une estimation de plus d'un demi-million de traitements de substitution aux opiacés en Europe. Cela suggère que le pourcentage d'usagers et d'usagers d'héroïne par voie intraveineuse qui ont ou ont eu des contacts avec des centres de traitement peut être assez considérable dans de nombreux pays. L'OEDT analyse actuellement, avec ses groupes techniques nationaux, la valeur ajoutée qui pourrait être retirée du regroupement des informations sur les demandes de traitement, l'offre

de traitements et les estimations de l'usage d'héroïne et de l'usage de drogue par voie intraveineuse.

### Aller au-delà de l'indicateur UPD

L'étape suivante dans le développement de notre capacité à mieux comprendre le phénomène de la drogue en Europe consiste à étudier la mesure dans laquelle l'usage intensif de drogue peut être intégré dans l'exercice de surveillance, en plus de l'usage problématique de drogue. La mesure dans laquelle l'usage intensif de drogue (quelle que soit la définition utilisée) est associé à la dépendance et aux niveaux et aux types de problèmes qu'il engendre, doit être approfondie; Kandel et Davis (1992) estiment par exemple qu'aux États-Unis, près d'un tiers des usagers quotidiens de cannabis peuvent être considérés comme dépendants. Dans ce domaine, il y a lieu, pour aller de l'avant, de formaliser le concept de l'usage intensif ou fréquent de cannabis et d'autres substances illicites en tant qu'objectif spécifique de la surveillance. L'usage fréquent ou intensif peut être mesuré dans les données d'enquêtes pour compléter les estimations obtenues par des méthodes statistiques indirectes. À l'heure actuelle, les données d'enquête donnent un aperçu utile des différents modes de consommation du cannabis, mais il s'agit, pour la plupart, de mesures strictement comportementales et de mesures de la fréquence de la consommation. Les données d'enquêtes vont vraisemblablement revêtir une grande importance si l'on veut élaborer des estimations fiables du nombre d'usagers de drogues comme le cannabis susceptibles d'être qualifiés d'usagers dépendants ou dangereux, tout au moins aux dires des intéressés.

Ce passage à une définition plus formelle de l'usage fréquent ou intensif pour une série de drogues contribuerait à l'élaboration d'outils de recherche permettant d'évaluer l'ampleur des problèmes et de la dépendance pour différents niveaux et modes de consommation du cannabis. Plusieurs pays européens mettent au point des outils méthodologiques en vue de mesurer à la fois l'usage intensif et les niveaux et problèmes de dépendance, et l'OEDT encourage la coopération dans ce domaine.

La difficulté de prendre l'usage intensif de drogue comme un indicateur des personnes susceptibles d'être les plus exposées au risque de devenir dépendantes ou de connaître des problèmes réside dans le fait que la notion d'usage intensif est, dans une certaine mesure, spécifique à chaque drogue. Bien que l'usage problématique d'opiacés se caractérise clairement par une consommation quotidienne, souvent ce n'est pas le cas pour les stimulants. Dans le cas de ces substances, la consommation ponctuelle et excessive est souvent plus courante, c'est-à-dire un usage qui augmente fortement pendant de courtes périodes pour diminuer ensuite, les usagers prenant souvent d'autres substances ou de l'alcool pour atténuer les effets secondaires de l'abstinence. Des facteurs tant pharmacologiques que contextuels peuvent

avoir une influence sur les habitudes d'usage intensif de drogue, mais il est clair que les mesures comportementales pour lutter contre l'usage intensif de drogue devront être adaptées aux différents modes de consommation de drogue associés aux divers types de drogue.

### Le défi du signalement des problèmes liés à la polyconsommation de drogues

Pour des raisons légitimes d'ordre pratique et méthodologique, la plupart des données sur l'usage de drogue décrivent chaque substance séparément. Cette approche apporte la clarté nécessaire sur le plan conceptuel pour faciliter la fourniture de données fondées sur les mesures comportementales existantes, mais elle ne tient pas compte du fait que des usagers de drogue ont souvent consommé ou consomment souvent une variété de substances tant licites qu'illicites et que ces usagers peuvent également avoir des problèmes avec plus d'une drogue. Ils peuvent remplacer une substance par une autre ou changer de préférence avec le temps, voire les utiliser de manière complémentaire. Ce type de complication est véritablement redoutable pour un système de surveillance, même si l'analyse se limite à de simples mesures comportementales de la consommation de drogue à différentes périodes. Lorsqu'on inclut des concepts tels que l'usage problématique de drogue et la dépendance, ces complications s'accroissent, et, au niveau européen, il existe très peu de données fiables permettant de procéder à une analyse éclairée. Néanmoins, il est probable que certains pays comptent une population assez importante d'usagers chroniques de drogue à problème, qu'il est difficile de classer en fonction de la substance primaire qu'ils consomment et qui peuvent avoir des problèmes liés à leur consommation de substances aussi bien licites qu'illicites. La résolution de ce problème nécessite une meilleure compréhension des habitudes de polyconsommation et l'application de ces connaissances pour améliorer les données nationales et européennes de rapport.

### Polyconsommation de drogues

Dans le cadre de la notion générale d'usage de drogues multiples, il convient de prendre en considération plusieurs significations particulières de cette expression. D'un côté, on trouve l'usage de plusieurs substances de manière intensive et chaotique, simultanée ou consécutive, chaque substance remplaçant souvent une autre en fonction des disponibilités. C'est le cas, par exemple, des usagers de drogue à problème qui prennent différents opiacés, des médicaments, de la cocaïne, des amphétamines et de l'alcool.

Ce mode de consommation semble exister chez certains usagers chroniques, éventuellement dans des groupes marginalisés ou chez des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Dans de nombreux systèmes européens de rapport, ces cas seront imputés aux opiacés.

En tant que tels, ces individus relèveront de la définition et de la surveillance des usagers de drogue à problème. Cependant, reste à répondre à la question de savoir si cette polyconsommation intensive et chaotique constitue une entité en soi, une dépendance non spécifique à une drogue, qui nécessite donc des mesures épidémiologiques ciblées et une stratégie de traitement, de soutien ou de réduction des risques adaptée à une situation particulièrement difficile. Dans ce cas, toute surveillance des différents aspects de l'usage problématique de drogue devrait mesurer isolément la polyconsommation.

### Combinaisons de drogues

Il existe un deuxième groupe d'usagers qui consomment systématiquement et simultanément plusieurs substances à la recherche des effets de la combinaison pharmacologique, par exemple le «speedball», c'est-à-dire la consommation simultanée de cocaïne et d'héroïne par voie intraveineuse.

La consommation d'une deuxième substance pour des raisons fonctionnelles ou pharmacologiques ne se cantonne pas à un usage simultané: il peut aussi être consécutif, à titre de drogue de remplacement ou de drogue complémentaire. Ainsi, les benzodiazépines peuvent être utilisées pour atténuer les symptômes de sevrage lorsque les opiacés ne sont pas disponibles. Dans d'autres cas, une deuxième substance peut être utilisée pour son effet pharmacologique compensateur. C'est le cas lorsque l'effet stupéfiant des opiacés est modifié par la consommation de cocaïne ou lorsque l'anxiété provoquée par la cocaïne ou les amphétamines est atténuée par l'usage d'opiacés ou d'autres neurodépresseurs.

### Risques accrus liés à la polyconsommation

L'effet potentialisant d'une substance sur une autre est parfois considérable, et les médicaments et substances licites — comme l'alcool, la nicotine et les antidépresseurs — doivent en l'occurrence être considérés au même titre que les substances psychoactives contrôlées. Le degré de risque dépend du dosage des deux substances. Plusieurs combinaisons pharmacologiques suscitent des inquiétudes. Ainsi, l'alcool et la cocaïne augmentent la toxicité cardiovasculaire et l'alcool ou les neurodépresseurs pris en combinaison avec des opiacés entraînent un risque de surdose accru. Par ailleurs, des opiacés ou de la cocaïne pris en association avec de l'ecstasy ou des amphétamines provoquent également une toxicité aiguë supérieure.

### Limites des données disponibles sur la polyconsommation

L'absence de données limite la portée des rapports sur de nombreux aspects de la polyconsommation de drogues. Des données provenant de rapports toxicologiques sur les surdoses de drogue et d'autodéclarations de personnes qui fréquentent les centres de traitement sont disponibles. Bien que ces sources donnent une idée de la polyconsommation de drogues, les informations disponibles sont souvent limitées et la représentativité des données doit être analysée.

Les résultats des enquêtes font apparaître que la prise de plus de deux drogues par des personnes au cours de la même période est considérable. Cependant, les données d'enquête sont souvent très pauvres en ce qui concerne certaines formes d'usage de drogue, et, même lorsque des données existent, il convient de développer des normes pour l'établissement de rapports comparables. Un rapport technique récent de l'OEDT (2005b) présente un exemple de l'étendue des données disponibles sur la polyconsommation dans les enquêtes de population. Pour prendre l'exemple de l'Espagne, le graphique 15 montre que l'usage d'une seule drogue conduit à une probabilité accrue, par rapport à la population générale, d'en avoir consommé une autre et que la situation varie en fonction de la substance considérée. Ainsi, parmi les héroïnomanes, la consommation de cocaïne est relativement courante, mais l'usage d'autres drogues est moins visible chez les usagers de cocaïne.

### Élaborer une définition opérationnelle de la polyconsommation de drogues: une question de moment?

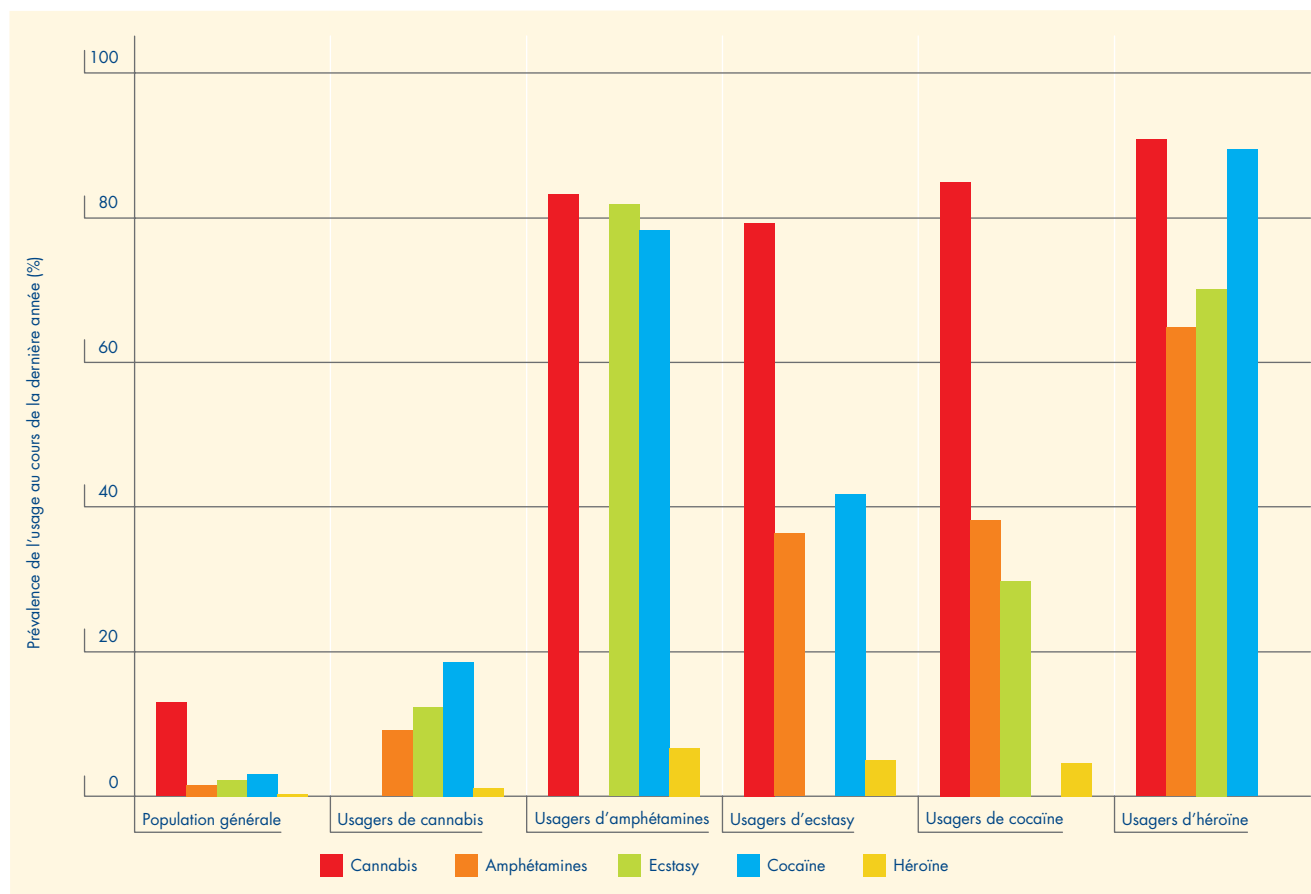
Il y a lieu de déterminer quelles périodes choisir pour évaluer et faire rapport sur la polyconsommation de drogues. Les taux de prévalence au cours de la vie ne sont généralement ni très utiles ni pertinents pour les questions de santé publique par rapport aux mesures de l'usage plus récent.

La polyconsommation de drogues pourrait être utilement définie sur le plan opérationnel comme l'usage fréquent de plus d'une substance au cours d'une période minimale donnée, par exemple un mois. Cette définition ne fait pas de distinction entre les différents types d'usage décrits plus haut, mais donne une vue d'ensemble de ce qui pourrait constituer un groupe à risque élevé. L'exception à l'exclusion de l'usage au cours de la vie dans la définition du comportement de polyconsommation est l'étude des très jeunes gens — élèves ou étudiants — pour lesquels l'usage de drogues multiples au cours de la vie peut refléter plus fidèlement l'usage actuel. Les résultats des enquêtes ESPAD, par exemple, suggèrent que les modes de consommation les plus déviants ou à faible prévalence chez les étudiants (ecstasy, amphétamines, hallucinogènes, cocaïne, héroïne) concernent un petit nombre d'individus.

## Améliorer la surveillance du phénomène de la drogue en Europe et la sensibilité à la polyconsommation de drogues

Mieux comprendre la nature et l'ampleur du phénomène de la drogue est l'une des principales missions de l'OEDT. L'usage de drogue est, toutefois, un phénomène complexe, englobant une série de comportements associés de manière variable à plusieurs problèmes importants tant sociaux que de santé publique. Les usagers de drogue peuvent avoir des problèmes ou risquer d'en connaître. Les habitudes de consommation de la drogue fluctuent d'un usage expérimental, épisodique et occasionnel à un usage régulier,

**Graphique 15:** Usage de drogue au cours de la dernière année dans différents groupes d'usagers de la population générale âgée de 15 à 34 ans



NB: Données pour l'Espagne: 1999. Pour plus d'informations, voir graphique GPS-34 du bulletin statistique 2006.  
 Source: OEDT (2005b).

intensif et incontrôlé. Les usagers de drogue peuvent être classés selon des définitions cliniques comme ayant un problème de drogue ou comme étant dépendants et, sur le plan de la recherche, ces deux catégories peuvent être organisées en continuums. Pour ajouter à cette complexité, les usagers de drogue consomment souvent plusieurs substances et modifient leurs habitudes de consommation dans le temps. Aucun instrument unique de rapport n'est à même de couvrir adéquatement cette complexité. Dans la pratique, l'approche fondée sur des indicateurs multiples qu'a adoptée l'OEDT a pour but de mettre en lumière ces différents aspects du phénomène de la drogue.

L'indicateur UPD, en se centrant sur un ensemble particulier de comportements, donne un éclairage précieux sur quelques-unes des formes les plus dangereuses et les plus coûteuses de l'usage de drogue. En tant que tel, il constitue un élément important pour comprendre le phénomène européen de la drogue dans son ensemble. Toutefois, il est désormais manifestement nécessaire de compléter les estimations générales fournies par l'indicateur UPD par des estimations spécifiques à

chaque substance afin de s'attaquer au phénomène de plus en plus hétérogène de la drogue en Europe.

Étant donné qu'une grande partie des sources de données disponibles repose sur des rapports comportementaux de la consommation de drogue, la notion d'usage fréquent ou intensif doit être définie en en tenant compte. Cela permettra d'élargir l'angle de la surveillance du phénomène de la drogue au-delà de la perspective que donne actuellement l'indicateur UPD. La mise en perspective des informations sur l'UPD avec cet ensemble de données plus large constituera également un pas en avant pour l'OEDT dans ses efforts pour améliorer la compréhension globale de l'ampleur et de la nature du phénomène de la drogue en Europe. Parallèlement, il conviendra de progresser dans l'élaboration de critères de rapport permettant de mieux décrire les habitudes de la polyconsommation de drogues au niveau européen. Les premières mesures à prendre dans ce sens sont, notamment, l'élaboration d'un cadre conceptuel plus affiné afin d'étudier les différents types de polyconsommation de drogues (y compris l'adoption de cadres temporels adéquats) et l'identification des bonnes sources de données.







## Références

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Londres.
- Bossong, M. G., Van Dijk, J. P., et Niesink, R. J. M. (2005), «Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?», *Addiction biology* 10(4), p. 321-323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H., e.a. (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M. S., et Anthony, J. C. (2005), «Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001», *Drug and alcohol dependence* 79, p. 11-22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J., e.a. (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*, Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londres (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005), *Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogue: rapport au secrétariat*, commission des stupéfiants, Conseil économique et social des Nations unies, Vienne.
- CND (2006), *Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogue: rapport au secrétariat*, commission des stupéfiants, Conseil économique et social des Nations unies, Vienne.
- EuroHIV (2005), *Surveillance du VIH/sida en Europe — Rapport annuel 2004*, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, n° 71.
- Europol (2006), «Drugs 2006» (communication à l'OEDT du 16 janvier 2006, fichier n° 158448), Europol, La Haye.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J., e.a. (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention», *International journal of drug policy* 16S, p. S67-75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M., e.a. (2005), «Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users», *World psychiatry*, 4(3), p. 173-176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., e.a. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) et le groupe Pompidou du Conseil de l'Europe.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., e.a (2003), «Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients», *Archives of general psychiatry* 60, p. 1043-1052.
- Kandel, D., et Davis, M. (1992), «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use», dans Glantz, M., et Pickens, R. (ed.), *Vulnerability to Drug Abuse*, p. 211-253, American Psychological Association, Washington.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V., et Spoth, R. (1996), «The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations», dans Peters, R., et McMahon, R. J. (ed.), *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J., e.a. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office Online Report 24/05, Home Office, Londres (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D., et Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- OEDT (2002a), *Prosecution of drug users in Europe — varying pathways to similar objectives*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2002b), «Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs», projet CT.00.EP.13, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004a), *Rapport annuel 2004 — État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights n° 6, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2004d), «Les surdoses: l'une des principales causes de décès évitables chez les jeunes», *Objectif drogue n° 13*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2005a), *Rapport annuel 2005 — État du phénomène de la drogue en Europe*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.
- OEDT (2005b), «Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use», rapport final, projet CT.03.P1.200, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2005c), «Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU», rapport final, projet CT.04.P2.329, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OICS (2006a), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2005*, Organe international de contrôle des stupéfiants des Nations unies, New York.

OICS (2006b), *Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Organe international de contrôle des stupéfiants, New York.

OMD (2005), *Douanes et drogues 2004*, Organisation mondiale des douanes, Bruxelles.

OMS (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

OMS/ONUDD/UNAIDS (2004), «Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention», déclaration de principe, Organisation mondiale de la santé, Office des Nations unies sur la drogue et le crime, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, Londres.

ONUDD (2003a), *Tendances mondiales des drogues illicites 2003*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

ONUDD (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

ONUDD (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru — June 2005*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

ONUDD (2006), *2006 world drug report*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

ONUDD et gouvernement du Maroc (2005), *Maroc: enquête sur le cannabis 2004*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N., e.a. (2006), «Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population», *Archives of general psychiatry* 63, p. 219-228.

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.

Rapports nationaux Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E., et Becker, J. (2005), «Drug prevention with vulnerable young people: a review», *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), p. 85-99.

Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., e.a. (2004), «A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction», *Drug and alcohol dependence* 74, p. 1-13.

Schäfer, C., et Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R. S., Chawarski, M. C., Pakes, J. R., e.a. (2005), «Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence», *American journal of psychiatry* 162, p. 340-349.

Shearer, J., et Gowing, L. R. (2004), «Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research», *Drug and alcohol review* 23, p. 203-211.

Van den Brink, W. (2005), «Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment», *Sucht*, 51(4), p. 196-198.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T., et Watts, C. (2006), «Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (en cours d'impression).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., e.a. (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and alcohol dependence* 68(1), p. 49-64.





Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

**Rapport annuel 2006: État du phénomène de la drogue en Europe**

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2006 — 96 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-269-1



## **VENTE ET ABONNEMENTS**

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

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

## À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organismes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source centrale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le rapport 2006 présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur le phénomène de la drogue dans l'Union européenne, et il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.



Office des publications  
*Publications.europa.eu*

ISBN 92-9168-269-1



9 789291 682690