

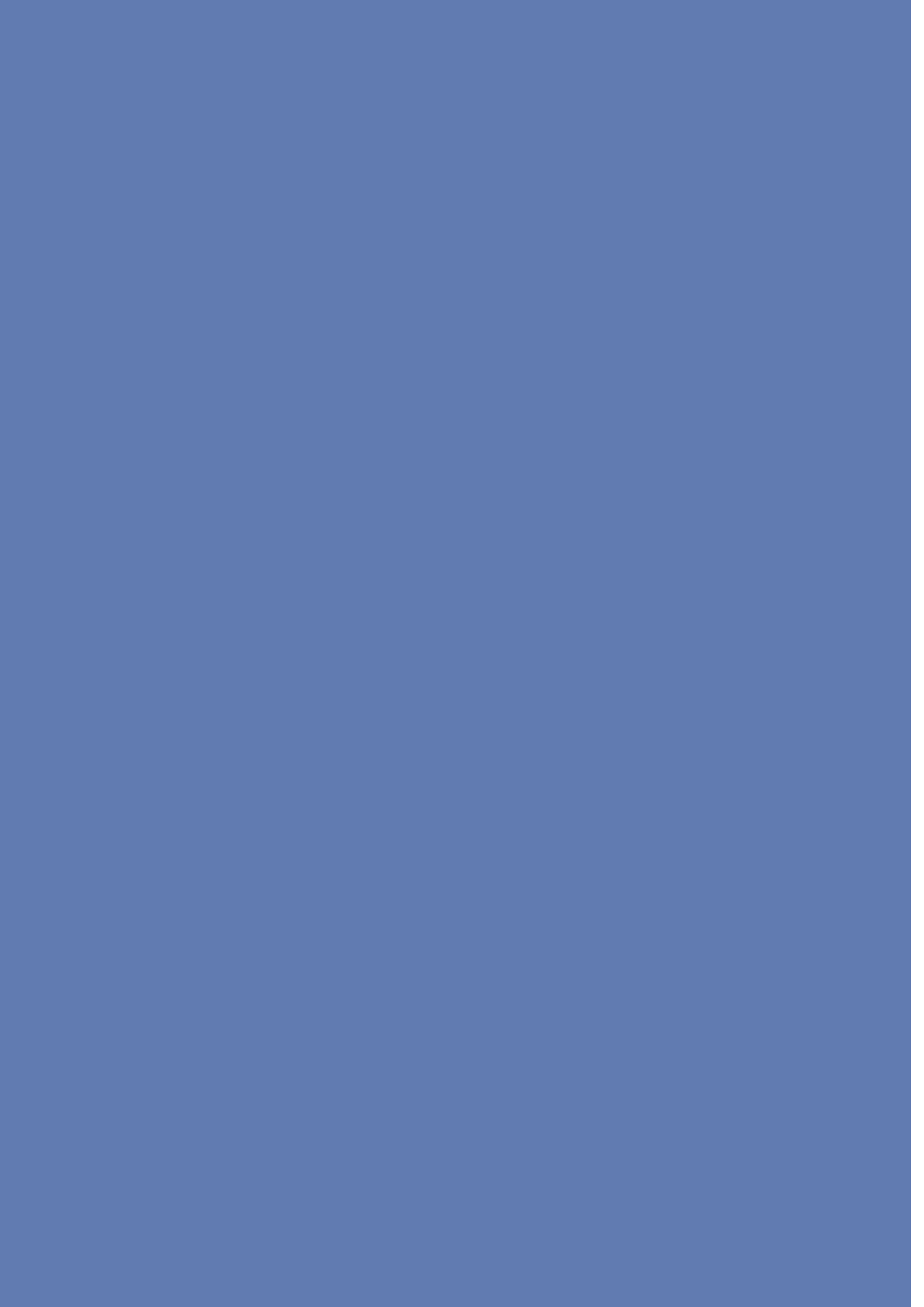


Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

ISSN 1609-6142

RAPPORT ANNUEL 2011

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE
EN EUROPE





Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT PROUDON ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE EN EUROPE

Avis juridique

Cette publication de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies est protégée par la législation sur le droit d'auteur. L'Observatoire 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'Observatoire, des États membres de l'Union européenne ou de toute institution ou organe de l'Union européenne.

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

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

Un numéro unique gratuit (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

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

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2011

ISBN 978-92-9168-474-8

doi:10.2810/44928

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2011

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Luxembourg

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)



Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

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

Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Remarques préliminaires	9
Commentaire: Une vue d'ensemble de la consommation de drogue en Europe aujourd'hui	13
Chapitre 1: Politiques et législations	
Évolution des politiques internationales et européennes • Stratégies nationales • Dépenses publiques • Législation nationale • Recherche	20
Chapitre 2: La réponse au problème de la drogue en Europe — Vue d'ensemble	
Prévention • Traitement • Réinsertion sociale • Réduction des risques • Assurance qualité • Répression antidrogue et infractions liées à la drogue • Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral	29
Chapitre 3: Cannabis	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Traitement	44
Chapitre 4: Amphétamines, ecstasy, substances hallucinogènes, GHB et kétamine	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Interventions dans les espaces récréatifs • Traitement	56
Chapitre 5: Cocaïne et crack	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Conséquences sur la santé • Usage problématique et demandes de traitement • Traitement et réduction des risques	69
Chapitre 6: Consommation d'opiacés et injection de drogue	
Offre et disponibilité • Usage problématique d'opiacés • Consommation de drogue par voie intraveineuse • Traitement	80
Chapitre 7: Maladies infectieuses et décès liés à la drogue	
Maladies infectieuses • Réponses apportées aux maladies infectieuses • Mortalité et décès • Réduction du nombre de décès	91
Chapitre 8: Nouvelles drogues et tendances émergentes	
Action de l'UE sur les nouvelles drogues • Méphédronne • Autres substances • «Euphorisants légaux» • Contrôle des ventes de nouvelles drogues	104
Références	111



Préface

Cette année marque le cinquantième anniversaire de la signature aux Nations unies de la Convention unique sur les stupéfiants, l'une des pierres angulaires du système international de contrôle des drogues. Alors que nous présentons notre évaluation annuelle de l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne (UE), nous ne pouvons manquer d'être frappés par l'évolution qu'a suivie ce phénomène au cours du demi-siècle écoulé. La complexité de la problématique actuelle de la drogue en Europe est le résultat de multiples facteurs et n'apparaît pas lorsqu'elle est considérée isolément, que ce soit sur le plan social ou géographique. Notre rapport reconnaît cet état de fait, tout comme la nécessité de tenir compte de développements culturels plus larges et des tendances mondiales, dans la mesure où ces deux éléments peuvent avoir des répercussions profondes sur les modes de consommation et sur les risques connexes auxquels nous devons faire face. Les difficultés économiques que connaissent actuellement de nombreux pays européens font partie de la toile de fond de notre rapport et se font d'ores et déjà sentir, dans la mesure où il devient plus difficile de trouver les budgets pour financer les services. Les progrès des technologies de l'information ont transformé à peu près tous les aspects de notre vie moderne et il n'est donc pas surprenant que nous en observions l'impact sur le phénomène de la drogue. Nous le constatons concrètement dans la manière dont les drogues sont mises sur le marché et vendues, mais aussi dans l'apparition de nouvelles possibilités de prévention et de traitement. Le monde plus global dans lequel nous vivons est de plus en plus exploité par la criminalité organisée, qui considère les drogues comme un type de produits illicites parmi d'autres. Ici aussi, une approche globale est importante, car les implications de la consommation de drogue en Europe ne s'arrêtent pas à nos frontières. Pour n'en citer qu'un exemple, il suffit de voir la manière dont les résultats des efforts de l'UE pour soutenir le développement social dans les pays voisins sont mis à mal par les modifications des itinéraires du trafic de drogue, qui sapent la croissance d'institutions démocratiques fragiles et alimentent la corruption.

Il est important de souligner que ce rapport est le fruit d'une collaboration et nous tenons ici à exprimer notre reconnaissance à tous ceux et celles qui ont contribué à son élaboration. En particulier, ce rapport n'aurait pas pu voir le jour sans le travail acharné et le dévouement de nos partenaires du réseau Reitox des points focaux nationaux et des experts qui ont contribué à son analyse. Nous sommes également redevables à d'autres agences

européennes et internationales pour les analyses qu'elles nous ont transmises. Notre travail ne se résume toutefois pas à une simple juxtaposition de données fournies par d'autres. Notre mission consiste, en effet, à présenter une analyse scientifiquement solide et indépendante du phénomène de la drogue dans l'Union européenne. Pour ce faire, nous devons interpréter des données souvent imparfaites. L'approche analytique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) repose à la fois sur des indicateurs multiples et sur la prudence. Les conclusions tirées d'un ensemble de données doivent être évaluées à l'aune d'autres sources d'information et nous ne nous cherchons pas d'excuses pour le caractère conservateur de notre interprétation lorsque nous avons affaire à des données de qualité médiocre. Cela étant, la qualité, la quantité et la comparabilité des données disponibles sur l'état du phénomène de la drogue en Europe ne cessent de s'améliorer. Cela constitue en soi un progrès considérable et témoigne de l'importance de la coopération et des actions coordonnées au sein de l'Union européenne.

Enfin, ce rapport annuel ne doit pas être lu isolément, mais bien comme un élément de notre dossier complet d'information. Les données sur lesquelles se fonde notre analyse, ainsi que les notes méthodologiques détaillées, peuvent être consultées dans le bulletin statistique qui accompagne le rapport. Dans des publications plus thématiques liées au rapport de cette année, nous étudions en détail le coût et le financement des traitements de la toxicomanie, les lignes directrices pour la prestation de soins, le marché du cannabis et la mortalité globale due à la consommation de drogue. Des informations spécifiques à chaque pays sont disponibles dans les rapports nationaux détaillés et dans les aperçus par pays publiés en ligne. Notre rapport se veut accessible au lecteur général, est stratégiquement orienté pour aider notre public informé des politiques et est suffisamment fouillé pour répondre aux besoins des chercheurs, des étudiants et des scientifiques. Quelle que soit la perspective choisie, nous espérons que notre travail améliorera votre compréhension de l'état du phénomène de la drogue en Europe. C'est là notre mission, mais nous sommes également convaincus que cette compréhension est vitale pour l'élaboration de politiques et de réponses efficaces en matière de lutte contre la drogue.

João Goulão

Président du conseil d'administration de l'OEDT

Wolfgang Götz

Directeur de l'OEDT



Remerciements

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

- les responsables des points focaux nationaux Reitox et leur personnel;
- les services et les experts de chaque État membre qui ont recueilli les données brutes pour ce rapport;
- les membres du conseil d'administration et du comité scientifique de l'OEDT;
- le Parlement européen, le Conseil de l'Union européenne — en particulier son groupe horizontal «Drogue» — et la Commission européenne;
- le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), l'Agence européenne des médicaments (EMA) et l'Office européen de police (Europol);
- le groupe «Pompidou» du Conseil de l'Europe, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Interpol, l'Organisation mondiale des douanes, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), la Direction des substances contrôlées et du tabac du ministère canadien de la santé, l'Administration américaine des services de santé mentale et des toxicomanies (US Substance Abuse and Mental Health Services Administration), l'étude sur le comportement sanitaire des enfants en âge scolaire, le projet ESPAD et le Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN);
- le Centre de traduction des organes de l'Union européenne et l'Office des publications de l'Union européenne.

Points focaux nationaux Reitox

Reitox est le réseau européen d'information sur la drogue et la toxicomanie. Il se compose de points nationaux situés dans les États membres de l'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 sur le site de l'OEDT.



Remarques préliminaires

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats, la Croatie et la Turquie, ainsi que la Norvège. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2009 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée ou vise à mettre en lumière certaines tendances.

L'analyse des tendances ne repose que sur les pays ayant fourni des données suffisantes pour rendre compte des modifications intervenues au cours de la période donnée. Les chiffres de 2008 peuvent être utilisés en remplacement des valeurs manquantes pour 2009 dans l'analyse des tendances du marché de la drogue. Pour les autres tendances, les données manquantes peuvent être interpolées.

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

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

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

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

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

Le rapport annuel peut être téléchargé en 22 langues sur le site de l'OEDT. La version électronique contient des liens vers toutes les sources en ligne mentionnées dans le rapport.

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

Le bulletin statistique 2011 (en anglais) présente les tableaux sur lesquels s'appuie l'analyse statistique contenue dans le rapport annuel. Il fournit également d'autres détails sur la méthodologie suivie et sur une centaine de graphiques statistiques supplémentaires.

Les rapports nationaux (en anglais) des points focaux Reitox donnent une description et une analyse détaillées du phénomène de la drogue dans chaque pays.

Les synthèses nationales (en anglais) présentent un résumé graphique de haut niveau sur des aspects essentiels de l'état du phénomène de la drogue dans chaque pays.

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

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

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

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

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

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

La réalisation d'enquêtes étant onéreuse, peu de pays européens collectent des informations chaque année, bien qu'ils soient nombreux à le faire à des intervalles allant de deux à quatre ans. Dans le présent rapport, les données présentées sont fonction de l'enquête la plus récente disponible dans chaque pays; dans la plupart des cas, cette enquête a été réalisée entre 2006 et 2009. Pour le Royaume-Uni, les données sur la prévalence concernent l'Angleterre et le pays de Galles, sauf mention contraire, même si des données séparées pour l'Écosse et l'Irlande du Nord sont également disponibles.

Des trois périodes de consommation standard utilisées pour communiquer les données des enquêtes, la prévalence au cours de la vie (consommation de drogue à tout moment de la vie) est la plus courante. Cette mesure ne reflète pas la consommation actuelle de drogue parmi les adultes, mais est utile pour comprendre les habitudes de consommation et l'incidence. Pour les adultes, les tranches d'âges standard utilisées par l'OEDT sont les 15-64 ans (tous les adultes) et les 15-34 ans (jeunes adultes). Les pays suivants utilisent des limites d'âge inférieures ou supérieures: Danemark (16 ans), Allemagne (18 ans),

Hongrie (18 ans), Malte (18 ans), Suède (16 ans) et Royaume-Uni (16-59 ans). L'accent est placé sur la consommation au cours de la dernière année et du dernier mois (consommation au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours avant l'enquête) (pour de plus amples informations, voir le site de l'OEDT). Chez les élèves, la prévalence au cours de la vie et la prévalence au cours de la dernière année sont similaires, car la consommation de drogues illicites avant 15 ans reste rare.

Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) applique des méthodes et des instruments normalisés pour mesurer la consommation de drogue et d'alcool dans des échantillons représentatifs d'élèves ayant eu 16 ans au cours de l'année civile. En 2007, des données ont été collectées dans trente-cinq pays, dont vingt-cinq États membres de l'UE, la Croatie et la Norvège. Les résultats du cinquième cycle, réalisé en 2011 avec la participation de vingt-trois des vingt-sept États membres ainsi que de la Croatie et de la Norvège, seront publiés en 2012.

L'enquête sur le «Comportement sanitaire des enfants en âge scolaire» (HBSC) est une étude collaborative de l'OMS qui se penche sur la santé et le comportement sanitaire des enfants et comprend des questions sur la consommation de cannabis par les élèves de 15 ans depuis 2001. La troisième édition de cette enquête incluant des questions sur la consommation de cannabis a eu lieu en 2009-2010 avec la participation de 23 des 27 États membres de l'UE ainsi que de la Croatie et de la Norvège.

Demandes de traitement

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

Interventions

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





Commentaire

Une vue d'ensemble de la consommation de drogue en Europe aujourd'hui

Mise en perspective de l'état du phénomène de la drogue

À maints égards, le rapport de cette année est marqué par des contrastes. D'une part, la consommation de drogue semble relativement stable en Europe. Dans l'ensemble, les taux de prévalence restent élevés par rapport aux valeurs historiques, mais ils ne progressent pas. Et dans certains domaines importants, comme la consommation de cannabis chez les jeunes, on observe des signes positifs. D'autre part, certains indices quant à l'évolution sur le marché des drogues de synthèse et, plus généralement, à la manière dont les usagers de drogue consomment aujourd'hui un ensemble plus large de substances suscitent des préoccupations. La polyconsommation, y compris la combinaison de drogues illicites et d'alcool, et parfois de médicaments et de substances non contrôlées, est devenue le mode de consommation dominant en Europe. Cette réalité représente un défi tant pour les politiques européennes de lutte contre la drogue que pour les réponses à apporter en la matière. Un cadre politique global sur la consommation de substances psychoactives fait toujours défaut dans la plupart des États membres et les services de traitement doivent adapter leurs pratiques et répondre aux besoins de patients dont les problèmes englobent l'usage de multiples substances. De même, il convient d'analyser le marché global des substances psychoactives pour cibler et évaluer l'impact des mesures qui visent à réduire l'offre de drogue. À défaut d'une telle approche élargie, les résultats obtenus pour une drogue peuvent entraîner le déplacement de la consommation vers d'autres produits. Ce rapport contient de nombreux exemples prouvant que le marché européen des substances illicites a un caractère dynamique, innovant et prompt à s'adapter aux opportunités tout autant qu'aux mesures de contrôle.

Révision du modèle européen

Selon les normes internationales, l'Europe suit une approche bien structurée, mature et relativement efficace en matière de réponse à la consommation de substances illicites. À l'échelle de l'UE, cette approche s'articule autour de la stratégie antidrogue actuelle de l'UE et de

son plan d'action et constitue un exemple unique de coopération à long terme et d'échange d'informations au niveau transnational. Les réalisations de la dernière stratégie antidrogue de l'UE font actuellement l'objet d'une évaluation. La plupart des États membres disposent désormais de stratégies de lutte contre la drogue relativement cohérentes et bien développées, qui reflètent, dans une large mesure, un modèle commun. En dépit de cette évolution positive et d'une augmentation générale de la fourniture de services aux toxicomanes, des différences marquées demeurent entre les pays, notamment en ce qui concerne les investissements réalisés dans les interventions de réduction de la demande. L'élimination de ces divergences constituera un défi majeur des politiques futures de l'UE en la matière.

Du modèle européen, on peut dire qu'il atteint un équilibre pragmatique entre les objectifs de réduction de l'offre et ceux de réduction de la demande, tout en reconnaissant l'importance des droits de l'homme et de la sécurité des communautés. Cette approche permet à la fois des actions concertées et une coopération dans le domaine répressif et sur le plan des efforts de contrôle des frontières en vue de limiter l'approvisionnement en drogue, comme le montrent les programmes actuels centrés sur les axes d'importation de l'héroïne en provenance d'Afghanistan, sur le trafic de cocaïne par l'Atlantique et l'Afrique de l'Ouest et sur la production de drogues de synthèse. Elle permet également de faire preuve d'un esprit innovant dans le domaine du traitement et de la réduction des risques. Le traitement assisté par héroïne en est un exemple particulièrement marquant qui suscite un intérêt croissant dans un certain nombre de pays européens et fait l'objet d'une nouvelle étude de l'OEDT.

Risque potentiellement accru d'épidémies localisées de VIH parmi les usagers de drogue par injection

À la suite de la diminution de la propagation générale du virus d'immunodéficience humaine (VIH) dans l'Union européenne, il est devenu moins évident de continuer à mettre l'accent sur la prévention du VIH en tant qu'objectif majeur de santé publique. Or, l'analyse de

cette année met en lumière la perspective alarmante que le risque potentiel de nouvelles épidémies localisées de VIH pourrait être en train d'augmenter. La récession économique qui frappe de nombreux pays européens pourrait accroître la vulnérabilité des communautés tout en limitant, dans le même temps, la capacité des États membres à apporter des réponses adéquates. Les preuves historiques sont sans appel: si les conditions sont réunies, les infections au VIH liées à la drogue peuvent se propager rapidement au sein des communautés vulnérables. En outre, les progrès réalisés dans l'Union européenne en matière de réduction de la propagation du VIH due à la drogue n'ont pas été observés dans un grand nombre de pays voisins, où la transmission du virus, liée à la fois à l'injection de drogue et à des rapports sexuels non protégés, demeure un problème de santé publique majeur. L'évolution politique et économique récente a renforcé les flux migratoires en provenance de ces régions vers des États membres de l'UE, ce qui accroît la pression exercée sur des services déjà très sollicités.

De ce fait, il est particulièrement préoccupant de savoir que de telles conditions sont désormais réunies dans une série d'États membres de l'UE, y compris ceux qui n'ont pas connu auparavant d'importantes épidémies de VIH liées à la drogue, ce qui les expose potentiellement à des problèmes futurs. La Grèce, où, historiquement, la prévalence était faible, a signalé une épidémie locale de VIH parmi les usagers de drogue par injection en 2011 et la situation de plusieurs États membres d'Europe de l'Est est également préoccupante, comme en témoignent les taux d'infection en hausse en Bulgarie. Le tableau est également moins positif dans quelques pays qui avaient progressé dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida liée à la drogue. Ainsi, l'Estonie et la Lituanie, par exemple, qui avaient enregistré des succès dans la réduction du nombre de nouveaux cas d'infection, paraissent de plus en plus fragiles, car ces deux pays déclarent des augmentations récentes du nombre de nouveaux cas.

Tendances au niveau des opiacés: la nécessité de comprendre la dynamique du marché

À l'échelle internationale, et en Amérique du Nord en particulier, la disponibilité et l'abus d'opiacés vendus sur ordonnance, essentiellement des analgésiques, suscitent des inquiétudes croissantes. Il est difficile d'évaluer l'étendue de ce phénomène en Europe sur la base des données actuellement disponibles. De plus, les comparaisons directes entre l'Union européenne et d'autres régions du monde sont malaisées, en grande partie du fait des différences considérables dans les pratiques de prescription et dans la réglementation en la

matière. À l'heure actuelle, la consommation d'opiacés illicites de synthèse en Europe semble principalement concerner la consommation de médicaments de substitution détournés des traitements de la toxicomanie. De plus, certains pays d'Europe septentrionale et centrale rapportent aujourd'hui une consommation de fentanyl, qui est probablement fabriqué illégalement en dehors de l'Union européenne. L'émergence de cette drogue est particulièrement alarmante et, dans l'ensemble, au vu de la situation ailleurs, elle offre un bon argument pour renforcer notre capacité de surveillance des tendances en matière d'abus de substances psychoactives destinées uniquement à des fins thérapeutiques.

Dans la mesure où les opiacés de synthèse sont utilisés de manière illicite essentiellement pour remplacer l'héroïne, les informations sur leur consommation peuvent donner un aperçu du marché global de l'héroïne. Actuellement, dans ce domaine, une question importante se pose, à savoir dans quelle mesure les actions visant à réduire l'offre produisent des effets sur la disponibilité de l'héroïne aujourd'hui en Europe. La possibilité que les mesures de réduction de l'offre entraînent une diminution de la disponibilité d'héroïne en Europe est corroborée par certains indices qui montrent que certains pays de l'UE, mais pas tous, ont connu un assèchement de l'offre d'héroïne à la fin de 2010, et que cela pourrait aussi avoir affecté certains pays tiers, comme la Russie et la Suisse. Une autre explication avancée pour cette pénurie apparente est l'apparition récente d'une maladie qui a frappé le pavot dans certaines régions d'Afghanistan. Cependant, à y regarder de plus près, ce lien est probablement ténu, bien que d'autres événements survenus en Afghanistan et que quelques succès significatifs remportés grâce à la coopération entre les forces de police turques et européennes puissent avoir joué un rôle. Néanmoins, tout problème d'approvisionnement à court terme doit être vu dans le contexte du marché relativement stable à long terme de l'héroïne en Europe.

Malgré l'importance des données sur la disponibilité de l'héroïne pour la compréhension de la dynamique du marché des drogues illicites en Europe, il convient de noter la difficulté de formuler aujourd'hui des commentaires solides sur cette question. Certaines tentatives plus complexes sont actuellement entreprises pour y parvenir sur la base d'une analyse des données de production et de consommation. Toutefois, pour diverses raisons d'ordre technique, il faut encore faire preuve d'une grande prudence à l'heure de tirer des conclusions sur ce sujet sensible. De bons indicateurs de la disponibilité sur le marché, par exemple, font toujours défaut dans une grande partie de l'Europe. Les estimations de la production d'opium

en Afghanistan sont souvent prises pour argent comptant, malgré le fait que ces calculs soulèvent, à bien des égards, des problèmes méthodologiques. Par ailleurs, les hypothèses relatives à la production d'opium dans d'autres pays d'Asie sont rarement prises en compte. De plus, les modèles des flux d'héroïne reposent souvent sur l'existence de stocks d'opium ou d'héroïne, bien que les preuves empiriques étayant cette hypothèse soient limitées. L'établissement d'un lien entre la production d'opium et la disponibilité de l'héroïne est encore compliqué par l'existence de différents itinéraires de trafic vers l'Union européenne et ses sous-marchés à l'intérieur de l'Union européenne, ainsi que par le décalage temporel important qu'on soupçonne entre la récolte de l'opium en Afghanistan et son apparition dans les rues d'Europe sous la forme d'héroïne.

Les décès par surdose ne sont-ils que la partie émergée de l'iceberg?

La victime typique d'une surdose mortelle en Europe est un homme âgé de 35 à 39 ans, qui a une longue histoire de consommation problématique d'opiacés. Il est reconnu que le fait de suivre un traitement pour dépendance, et particulièrement un traitement de substitution, réduit le risque de surdose. Néanmoins, malgré une hausse spectaculaire de la disponibilité des traitements au fil des ans, le nombre d'usagers succombant à une surdose en Europe est resté stable. La réduction du nombre de décès par surdose représente donc un défi majeur pour les services d'aide aux toxicomanes en Europe. Quelques programmes novateurs sont en cours d'évaluation ou d'élaboration dans ce domaine et visent souvent les événements connus pour être particulièrement dangereux pour les consommateurs d'opiacés, comme la sortie de prison ou l'abandon d'un traitement. Bien que ce travail soit important, il ne résoudra qu'une partie du problème. Selon certaines études, en effet, les décès par surdose peuvent représenter d'un à deux tiers de la mortalité globale parmi les usagers de drogue à problèmes. Parmi les autres causes majeures de décès chez les toxicomanes figurent le sida, le suicide et les traumatismes. Les implications de cette constatation sont examinées en détail dans une publication qui accompagne ce rapport; elles mettent fortement en exergue le niveau élevé de surmortalité au sein de cette population et le rôle que peuvent jouer les services d'aide aux toxicomanes dans la réduction des coûts humains d'une dépendance de longue durée à la drogue.

La bulle de la cocaïne a-t-elle éclaté?

Au cours de la décennie écoulée, la cocaïne a occupé la place de stimulant le plus couramment utilisé en

Europe, bien que les niveaux élevés de consommation ne soient observés que dans un nombre limité de pays. Les commentateurs ont noté qu'une partie de l'attrait de cette substance tient à son image et que la consommation de cocaïne est souvent dépeinte comme le corollaire d'un mode de vie prospère et décontracté. La réalité d'une consommation régulière de cocaïne est néanmoins toute différente. L'image positive pourrait être de plus en plus mise à mal par la reconnaissance croissante des problèmes liés à la cocaïne, qui se manifestent par un nombre accru d'urgences hospitalières, de décès et de demandes de traitement pour dépendance à cette drogue. Le coût financier associé à la consommation régulière de cocaïne peut la rendre moins attrayante dans des pays où l'austérité est aujourd'hui à l'ordre du jour. Les nouvelles données soulèvent la question de savoir si la popularité de cette drogue a connu son apogée. Des enquêtes récentes montrent un recul de la consommation dans les pays où les niveaux de prévalence sont les plus élevés, mais ailleurs, l'image est moins claire. Les données relatives à l'offre sont tout aussi équivoques. La quantité de cocaïne saisie a considérablement chuté depuis 2006 et, dans l'ensemble, le prix et la pureté de cette drogue ont également baissé. Néanmoins, à la différence du volume, le nombre de saisies n'a cessé d'augmenter et il est démontré que les trafiquants continuent à adapter leurs pratiques aux efforts d'interdiction. Ce faisant, il existe un risque de diffusion de la consommation vers de nouveaux lieux.

Le rebond de la MDMA

Ces dernières années, le marché européen de l'ecstasy a traversé une période au cours de laquelle la disponibilité des comprimés contenant de la 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA) s'est de plus en plus réduite. Ordinairement, les comprimés d'«ecstasy» vendus sur le marché illicite contenaient d'autres substances, souvent une pipérazine, ce qui avait pour conséquence que certaines personnes qui pensaient se procurer une drogue illicite achetaient en réalité une substance non contrôlée. La rareté de la MDMA dans les comprimés d'ecstasy semble avoir eu un lien avec une pénurie du précurseur principal, le PMK, qui reflète peut-être le succès des efforts d'interdiction. Les données les plus récentes montrent toutefois une disponibilité croissante de la MDMA, certains rapports signalant l'existence de comprimés très fortement dosés et de poudres de pureté élevée.

Les méthodes actuelles de production de la MDMA semblent utiliser du safrole ou, de plus en plus, des produits chimiques importés, comme le PMK-glycidate et l'alpha-phénylacétoacétonitrile, qui sont structurellement

similaires, mais pas identiques, aux précurseurs contrôlés utilisés jusqu'ici. On peut établir un parallèle avec l'évolution dans le domaine des «euphorisants légaux» (*legal highs*), où des produits non contrôlés ont pris la place de produits contrôlés. Ces produits chimiques sont sélectionnés en gardant à l'esprit deux objectifs: la nouvelle substance ne doit pas faire l'objet des contrôles en vigueur et elle doit être aisément convertie en précurseur nécessaire à la synthèse de la MDMA. Cela est une nouvelle illustration de l'adaptabilité considérable dont font preuve les producteurs de drogues de synthèse. Un phénomène connexe a été observé sur le marché des amphétamines, où des précurseurs ont été chimiquement «masqués» pour éviter les mécanismes de contrôle en vigueur aux frontières et dans les ventes. À mesure que les producteurs adoptent des techniques plus sophistiquées et cherchent de nouvelles façons de contourner les efforts d'interdiction et les réglementations, la possibilité de modifier et de reconvertir des substances représente un nouveau défi pour les approches actuelles de contrôle des drogues.

Nouvelles substances psychoactives: trouver la bonne réponse

L'émergence rapide de nombreuses nouvelles substances psychoactives non contrôlées constitue un défi croissant pour les modèles actuels de contrôle des drogues.

En 2010, 41 nouvelles substances — un chiffre record — ont été notifiées au mécanisme européen d'alerte précoce, et les données préliminaires pour 2011 ne montrent pas de signe de fléchissement. Cette situation reflète tout à la fois l'introduction continue de nouvelles substances et produits sur le marché et le recours croissant à des mesures proactives pour identifier les nouvelles substances. L'internet est l'un des principaux marchés de ces substances et les premiers résultats de l'enquête en ligne la plus récente de l'OEDT (juillet 2011) montrent que le nombre de magasins en ligne qui vendent des substances psychoactives ne cesse d'augmenter. Les pratiques de vente en ligne semblent également avoir gagné en sophistication et il est de plus en plus évident que des mesures sont prises pour restreindre l'accès et protéger

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

Les estimations présentées ici se réfèrent à la population adulte (15-64 ans) et se basent sur les données les plus récentes disponibles (enquêtes réalisées entre 2001 et 2009-2010, surtout entre 2004 et 2008). Pour l'ensemble des données et informations sur la méthodologie, veuillez consulter le bulletin statistique correspondant.

Cannabis

Prévalence au cours de la vie: environ 78 millions (23,2 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 22,5 millions d'adultes européens (6,7 %), soit un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois: environ 12 millions (3,6 %)

Variation entre les pays de la consommation de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,4 à 14,3 %

Cocaïne

Prévalence au cours de la vie: environ 14,5 millions (4,3 % des adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 4 millions d'adultes européens (1,2 %) ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du dernier mois: environ 1,5 million (0,5 %)

Variation entre les pays de la consommation de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,0 à 2,7 %

Ecstasy

Prévalence au cours de la vie: environ 11 millions (3,2 % d'adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: environ 2,5 millions (0,7 %), soit un cinquième des usagers au cours de la vie

Variation entre les pays de la consommation de drogue au cours des douze derniers mois: plage de variations de 0,1 à 1,6 %

Amphétamines

Prévalence au cours de la vie: environ 12,5 millions (3,8 % d'adultes européens)

Consommation au cours des douze derniers mois: entre 1,5 et 2 millions (0,5 %), soit jusqu'à un sixième des usagers au cours de la vie

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

Opiacés

Usagers d'opiacés à problèmes: entre 1,3 et 1,4 million d'Européens, selon les estimations

Environ 700 000 consommateurs d'opiacés ont bénéficié d'un traitement de substitution en 2009

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

Décès dus à la drogue: environ 7 600, des opiacés ayant été décelés dans environ trois quarts des cas

l'identité des acheteurs et des vendeurs. En outre, des rapports ont mis en lumière la vente de substances illicites sur des sites internet à accès restreint. Le degré de menace que représente ce type de développement pour l'avenir n'est pas clair, mais à la vitesse où les changements surviennent dans ce domaine, la vigilance est de mise.

Renforcer nos capacités à déceler de nouvelles drogues

Le mécanisme juridique qui sous-tend le système européen d'alerte précoce est en cours d'examen. La Commission européenne a procédé à une évaluation qui a mis en évidence à la fois les forces du système existant et la nécessité de renforcer la capacité de l'Europe à suivre le rythme de l'évolution dans ce domaine. Bien que l'Europe ait été à la pointe de la détection de nouvelles substances psychoactives, les dimensions internationales de ce phénomène sont apparues clairement lors d'un symposium technique organisé par l'OEDT en 2011. Des experts internationaux ont confirmé que les produits contenant de nouvelles substances psychoactives sont désormais disponibles dans de nombreuses régions du globe, notamment en Amérique, au Moyen-Orient, en Océanie et dans certaines parties de l'Asie, et que l'identification d'un nombre sans cesse croissant de substances dans un marché en évolution rapide est un problème commun. Cette réunion a permis de dégager un consensus entre les experts pour dire que les défis que représentent les nouvelles drogues nécessiteront un suivi plus proactif du marché, un partage des informations médico-légales ainsi qu'une identification plus précise des problèmes sanitaires résultant de la consommation de ces substances.

Prévoir l'avenir: les nouveaux produits et l'interaction entre les marchés

La plupart des nouvelles substances psychoactives notifiées au système d'alerte précoce étaient soit des stimulants soit des cannabinoïdes de synthèse, ce qui correspond dans une large mesure au marché des drogues illicites en Europe. Il est probable que de nouvelles substances de ces types continueront à arriver sur le marché. De plus, les producteurs semblent étudier d'autres substances ayant un effet psychoactif et susceptibles de plaire aux consommateurs. Une abondante littérature est accessible sur le sujet et peut être utilisée à cette fin et l'on craint que les résultats de la recherche pharmaceutique ne soient exploités pour proposer davantage de substances psychoactives à l'avenir.

La priorité politique dans ce domaine a été largement axée sur le statut juridique des nouvelles substances. Toutefois, il est également important de les considérer dans le contexte

du marché global de la drogue. Les consommateurs déclarent, par exemple, qu'en plus de la vente en ligne, la méphédronne (voir le chapitre 8) était également vendue par les mêmes réseaux illicites que ceux des drogues comme l'ecstasy et la cocaïne. De plus, comme indiqué plus haut, les substances psychoactives non contrôlées peuvent être vendues sur le marché illicite sous la forme de comprimés, comme l'ecstasy. Inversement, la PMMA, une substance contrôlée, a été récemment identifiée dans certains produits présentés comme des «euphorisants légaux» (*legal highs*). Globalement, l'évolution observée dans ce domaine est inquiétante, car elle suggère une interaction croissante entre les «euphorisants légaux» et les marchés des drogues illicites.

Cannabis: dilemmes politiques

Le cannabis est toujours la drogue illicite la plus populaire en Europe, mais aussi celle sur laquelle les avis du public sont les plus divergents. C'est ce qui ressort de la récente étude Eurobaromètre sur l'attitude des jeunes vis-à-vis de la consommation de drogue. Cette étude a en effet constaté que les avis concernant l'interdiction du cannabis étaient plus partagés que pour d'autres drogues. Dans l'ensemble, aucune orientation claire ne se dégage de l'évolution des politiques en matière de cannabis. Deux exemples intéressants à cet égard sont ceux des États-Unis et des Pays-Bas. Aux États-Unis, la tendance s'oriente vers une libéralisation de la possession de cannabis végétal à des fins médicales dans certains États. Aux Pays-Bas, en revanche, les décideurs politiques semblent désormais s'opposer de plus en plus fermement à la production domestique de cannabis et aux règles applicables aux ventes dans les *coffee shops*.

La mesure dans laquelle les changements politiques influencent la consommation de cannabis suscite de nombreux débats. Dans les données présentées dans ce rapport, aucun lien direct ne peut être établi entre les mesures de la consommation récente de cette drogue et les changements introduits dans la législation pour alléger ou alourdir les peines relatives à la consommation, ce qui donne à penser que des processus plus complexes sont à l'œuvre. Néanmoins, une observation générale peut être faite: au cours de la dernière décennie, les politiques européennes relatives au cannabis ont eu tendance à orienter les efforts répressifs vers les infractions liées au trafic et à l'offre plutôt qu'à la consommation de la drogue. L'une des raisons invoquées est d'éviter les conséquences négatives que pourrait avoir sur un grand nombre de jeunes leur mise en contact avec la justice pénale, en particulier lorsque leur consommation de cannabis est d'ordre expérimental. Cependant,

les chiffres montrent que le nombre d'infractions liées à la consommation de cannabis en Europe ne cesse d'augmenter, alors que sa prévalence est stable, voire en déclin. Cette situation indique qu'il existe peut-être une déconnexion entre les objectifs politiques et la réalité. Ce phénomène paraît difficile à expliquer mais il est possible que l'introduction de sanctions administratives ait conduit à une augmentation globale de la probabilité que des sanctions soient appliquées dans la pratique.

Production domestique de cannabis: un problème en plein essor

L'Europe reste le principal marché mondial de résine de cannabis. Historiquement, le Maroc est le principal pays producteur de la résine consommée en Europe. Des rapports récents suggèrent toutefois que la résine de cannabis est de plus en plus importée d'autres pays, notamment d'Afghanistan et du Liban. Cette possibilité est corroborée par des enquêtes de terrain récentes de l'ONUDC, qui font état d'une production de résine de cannabis à grande échelle en Afghanistan. Le cannabis végétal importé dans l'Union européenne provient essentiellement de pays voisins de la région des Balkans et, dans une moindre mesure, de certains pays d'Afrique et d'Asie. La plupart des États membres de l'UE signalent aujourd'hui une culture domestique de cannabis, un phénomène qui paraît se développer. On le constate dans la multiplication des *grow shops*, spécialisés dans le matériel pour la culture de cannabis. La culture domestique peut être pratiquée à petite échelle, mais elle compte également d'importants sites de production dirigés par des bandes issues de la criminalité organisée. Cette situation a eu pour conséquence que certains pays rapportent aujourd'hui une hausse de la violence et d'autres infractions liées aux grands sites de production.

L'évolution du marché du cannabis en Europe est analysée en détail dans un numéro d'*Insights* de l'OEDT à paraître prochainement.

Lignes directrices, normes et partage des pratiques efficaces

Étant donné le caractère complexe et en évolution rapide du phénomène actuel de la drogue, il convient de veiller à ce que les résultats de la recherche et les connaissances tirées de la mise en œuvre réussie des services soient diffusés aussi largement que possible. À cet effet, plusieurs initiatives européennes ont été engagées afin d'identifier et de contribuer à promouvoir le partage des bonnes pratiques. En 2011, en collaboration avec l'OEDT, la Commission européenne a organisé une conférence en vue de définir des normes de qualité minimales et des points de référence pour les programmes de réduction de la demande. L'OEDT a également étendu ses ressources en ligne afin de diffuser largement les pratiques évaluées scientifiquement. Il convient toutefois de noter que la disponibilité des données probantes ne garantit pas automatiquement que celles-ci se traduiront dans la pratique. Le domaine de la prévention de la toxicomanie en est un bon exemple: en dépit d'un ensemble de données toujours plus fiables prouvant leur efficacité, les stratégies environnementales retenues sont souvent les interventions les moins courantes. Or, le point de départ pour l'adoption de bonnes pratiques doit être de comprendre quelles sont les approches qui ont donné des résultats positifs. Et à mesure que les informations destinées à guider les choix politiques s'accumuleront et seront plus aisément disponibles, il deviendra plus difficile de justifier qu'on investisse dans des approches qui ne sont pas étayées par des données solides fondées scientifiquement.



Chapitre 1

Politiques et législations

Introduction

La stratégie antidrogue actuelle de l'UE prenant fin en 2012, ce chapitre revient sur l'évolution de l'approche suivie par la politique antidrogue de l'UE au cours des vingt dernières années. Les stratégies récemment adoptées par certains pays tiers sont étudiées afin d'y déceler des signes de convergence ou des différences par rapport à l'approche européenne. En ce qui concerne l'Europe, les stratégies nationales de lutte contre la drogue les plus récentes sont elles aussi brièvement passées en revue.

L'aperçu des études relatives aux dépenses publiques des États membres, qui est présenté ici, met en évidence les différentes approches suivies en la matière et la nécessité d'améliorer et d'harmoniser la collecte des données dans ce domaine. Ce chapitre s'intéresse également aux changements intervenus dans certains pays européens en matière de sanctions applicables à la détention de drogue ces dix dernières années et retrace les développements récents en matière de recherche liée à la drogue.

Évolution des politiques internationales et européennes

Vers de nouvelles initiatives européennes en matière de politique antidrogue

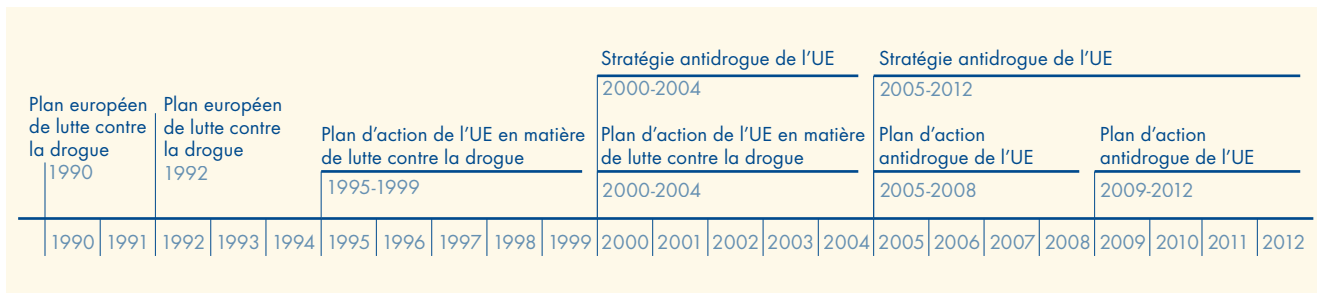
Le nouveau cadre politique antidrogue élaboré par la Commission européenne sera l'un des premiers documents de la politique antidrogue adopté dans le cadre du traité de Lisbonne (OEDT, 2010a). Les travaux préparatoires comprennent une évaluation externe finale de la stratégie antidrogue 2005-2012. Cette évaluation s'appuiera sur des entretiens avec des parties prenantes des États membres, de pays tiers et d'organisations internationales ainsi que sur l'analyse de documents stratégiques et de rapports sur les tendances. Le forum de la société civile sur les drogues, mis en place par la Commission européenne, apportera une contribution sous la forme d'un document de synthèse. En outre, des membres des

différents groupes politiques du Parlement européen ont organisé des réunions et des auditions afin de discuter de la politique antidrogue actuelle et future de l'UE. Ces diverses discussions et contributions, qui s'ajoutent à l'évaluation, contribueront à l'élaboration d'une politique antidrogue européenne exhaustive pour l'après-2012.

Vingt ans de politique antidrogue de l'UE

Depuis le début des années 1990, l'Union européenne a adopté huit stratégies ou plans d'action antidrogue (voir le graphique 1) et le changement de contenu de ces documents successifs reflète l'évolution de l'approche de l'UE en matière de lutte contre la drogue. Les deux premiers plans européens de lutte contre la drogue comprenaient des actions visant à réduire à la fois l'offre et la demande de drogue. Le concept d'approche intégrée, reliant ces deux éléments, est apparu pour la première fois dans le plan portant sur la période 1995-1999. La stratégie adoptée en 2000 définissait l'approche de l'UE comme étant à la fois intégrée et équilibrée et attribuait un poids politique similaire aux actions destinées à réduire la demande et l'offre. Ce changement d'approche se reflète dans les titres de ces documents stratégiques, où les «plans de lutte contre la drogue» ont été suivis par des «stratégies antidrogue» et des «plans d'action antidrogue» à connotation plus neutre. Sur le plan du contenu, l'un des changements les plus visibles de ces deux décennies a été l'introduction d'objectifs de réduction des risques dans le volet «réduction de la demande» des documents de la politique antidrogue de l'UE.

Il n'était pas question d'évaluation politique dans les deux premiers plans, étant donné qu'au début des années 1990, la priorité consistait à créer un système d'information européen fiable sur les drogues. L'évaluation de la mise en œuvre a été introduite dans le plan de 1995, mais ce n'est que dans la stratégie antidrogue 2000-2004 que l'évaluation a été considérée comme une partie intégrante de l'approche suivie par l'UE en matière de drogue. Depuis, toutes les stratégies et tous les plans d'action antidrogue de l'UE ont fait

Graphique 1: Chronologie des stratégies antidrogue européennes

l'objet d'évaluations et les résultats de celles-ci ont servi à l'orientation des documents stratégiques postérieurs. Le nouveau cadre de la politique antidrogue de l'UE suivra ce même principe et, pour la première fois, il s'appuiera sur une évaluation extérieure de la stratégie précédente.

Dimension internationale

Outre l'Union européenne, plusieurs stratégies nationales ou régionales ont été récemment publiées, notamment par l'Australie, la Russie, les États-Unis et l'Organisation des États américains (OEA) (1). Un examen du contenu de ces documents stratégiques fait apparaître la mesure dans laquelle les caractéristiques de l'approche de l'UE sont partagées par d'autres pays.

La stratégie américaine de contrôle des drogues pour 2010 est présentée comme une nouvelle orientation de la politique antidrogue, dans laquelle la consommation de drogue est essentiellement considérée comme un problème de santé publique et où la demande de drogue est reconnue comme étant la cause première de la problématique de la drogue dans le pays. La stratégie insiste sur la prévention, le traitement et la désintoxication et prône l'intégration du traitement de l'addiction dans la médecine conventionnelle, à l'instar d'autres troubles chroniques. La stratégie américaine se retrouve dans la stratégie antidrogue à l'échelle de l'hémisphère (*Hemispheric Drug Strategy*) adoptée par l'OEA, dans laquelle la toxicomanie est décrite comme une maladie récurrente chronique qui doit être traitée en tant que telle. La première stratégie antidrogue de la Russie (2010-2020) part de la reconnaissance de l'ampleur du phénomène de la drogue, caractérisé par la croissance de la consommation de substances illicites et sa contribution à la propagation de maladies infectieuses. Les stratégies russe, américaine et de l'OEA soulignent toutes trois l'importance d'une approche équilibrée. La stratégie antidrogue australienne (2010-2015) a la portée la plus large des quatre programmes stratégiques et couvre toutes les substances psychoactives susceptibles de provoquer une addiction et des problèmes de santé: alcool, tabac,

substances illicites et autres. La réduction des risques est la clé de voûte de cette stratégie.

Les stratégies australienne, américaine et de l'OEA se caractérisent par une approche de la réduction de la demande fondée sur des données probantes en combinaison avec une évaluation des résultats. Les pays qui ont adopté la stratégie de lutte antidrogue à l'échelle de l'hémisphère se sont engagés à soumettre leurs politiques et actions nationales à une évaluation indépendante régulière, dont les résultats guideront l'allocation des ressources. Les 106 éléments de la stratégie américaine doivent être examinés et mis à jour chaque année afin de réaliser les objectifs de la stratégie, parmi lesquels figurent une réduction de 15 % de la prévalence de la consommation de drogue chez les 12-17 ans et une réduction de 10 % chez les jeunes adultes à l'horizon 2015. Les résultats de la stratégie australienne seront évalués sur la base de trois critères: démantèlement des filières d'approvisionnement en substances illicites, consommation de drogue et risques connexes. La stratégie russe met, quant à elle, l'accent sur l'amélioration des instruments de contrôle et de collecte des données, mais rejette expressément le traitement de substitution des opiacés, une intervention considérée comme un élément fondamental de l'approche fondée sur des données probantes dans la stratégie de l'UE. Il est également à noter que des campagnes dans les médias sont prévues dans les stratégies russe et américaine, malgré le peu de preuves de leur efficacité.

Dans l'ensemble, une certaine convergence se dégage des stratégies antidrogue au niveau international. Alors que la première stratégie antidrogue russe, tout en reconnaissant le problème et en insistant sur le suivi, adopte un point de vue idéologique différent de celui des autres stratégies, les États-Unis et l'OEA semblent se rapprocher du modèle de l'UE. Bien qu'elle inclue un grand nombre d'éléments inscrits dans la politique de l'UE, l'approche australienne diffère sur le plan de la grande variété des substances qu'elle englobe.

(1) L'OEA est une organisation régionale réunissant l'ensemble des 35 États indépendants des Amériques, dont elle est la principale enceinte de coopération intergouvernementale.

Stratégies antidrogue nationales

L'un des piliers du modèle stratégique européen de lutte contre la drogue est l'adoption de stratégies et de plans d'action antidrogue nationaux. Il en existe désormais dans la quasi-totalité des trente pays surveillés par l'OEDT. Dans la plupart de ces pays, la stratégie antidrogue la plus récente a moins de trois ans. Ces documents font le point sur l'état du phénomène de la drogue et décrivent les objectifs du gouvernement en la matière, en précisant les actions et les instances responsables de leur mise en œuvre. Souvent, ils présentent les critères à l'aune desquels le succès de chaque action est mesuré et, de plus en plus, une évaluation finale de la stratégie ou du plan d'action est réalisée.

Faits nouveaux

Onze pays ont récemment adopté de nouvelles stratégies ou plans d'action antidrogue nationaux (voir le tableau 1), dont la durée s'étale sur trois à neuf ans. Parmi eux, trois pays (Portugal, Roumanie et Turquie) ont synchronisé leurs documents de politique antidrogue avec la stratégie antidrogue actuelle de l'UE (2005-2012). Bien que l'alcool et le tabac soient parfois mentionnés, la plupart des documents de politique antidrogue sont axés sur les substances illicites, et un grand nombre de pays possèdent des plans d'action nationaux distincts pour le tabac et l'alcool. L'une des rares exceptions, une stratégie combinée sur l'alcool et la drogue que l'Irlande va adopter, a été retardée en raison des élections parlementaires qui se sont déroulées au début de 2011.

Les Pays-Bas ont également annoncé un retard dans l'adoption de leur nouveau document de politique antidrogue ^(?) en raison d'un changement de

gouvernement, tandis que le gouvernement hongrois récemment élu a fait part de son intention de remplacer la stratégie antidrogue adoptée l'année précédente par son prédécesseur. Quatre autres pays (Allemagne, Estonie, Slovaquie et Suède) ont déclaré être en plein processus d'élaboration et d'adoption de nouveaux documents de politique en 2011, tandis que la Norvège a prolongé la durée de son plan d'action (2007-2010) jusqu'en 2012.

Dépenses publiques

Les dépenses publiques liées à tous les aspects du phénomène de la drogue en Europe ont fait l'objet d'un contrôle ces dix dernières années (OEDT, 2008c). Cette section se penche sur les estimations exhaustives des dépenses publiques nationales liées à la drogue en Europe. Elle analyse deux questions essentielles sur les dépenses publiques. Premièrement, quel pourcentage du produit intérieur brut (PIB) les pays consacrent-ils au problème de la drogue et, deuxièmement, comment ces fonds se répartissent-ils entre les différents domaines d'action, en particulier entre les mesures visant à réduire l'offre et celles visant à réduire la demande?

La quantité et la qualité des informations disponibles sur les dépenses publiques liées à la drogue varient sensiblement selon les pays. Les études disponibles couvrent différentes années, appliquent des méthodologies diverses et portent sur différentes structures publiques. La variété des méthodes de comptabilisation des dépenses liées à la drogue limite fortement la portée des comparaisons nationales. Certains des fonds qu'un gouvernement prévoit de consacrer aux activités liées à la drogue sont identifiés comme tels dans les budgets

Tableau 1: Documents nationaux de politique antidrogue récemment adoptés

Pays	Intitulé du document	Durée	Champ d'application	Notes
République tchèque	Stratégie	2010-2018	Drogues illicites	Complétée par un plan d'action 2010-2012
Danemark	Plan d'action	Depuis 2010	Drogues illicites	
Italie	Plan d'action	2010-2013	Drogues illicites	Complété par une liste de projets en 2010
Lettonie	Programme	2011-2017	Drogues illicites	
Lituanie	Programme	2010-2016	Drogues illicites	Complété par des plans d'action annuels
Luxembourg	Stratégie et plan d'action	2010-2014	Drogues illicites	La stratégie englobe aussi l'alcool, le tabac, les médicaments et les comportements addictifs
Pologne	Programme	2011-2016	Drogues illicites	
Portugal	Plan d'action	2009-2012	Drogues illicites	Deuxième plan d'action au titre du plan stratégique 2005-2012
Roumanie	Plan d'action	2010-2012	Drogues illicites	Deuxième plan d'action au titre de la stratégie 2005-2012
Royaume-Uni	Stratégie	Depuis 2010	Drogues illicites	Remplace la stratégie 2008-2018 adoptée par le gouvernement précédent
Turquie	Plan d'action	2010-2012	Drogues illicites, alcool, tabac	Deuxième plan d'action au titre de la stratégie nationale 2006-2012

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

(?) Une nouvelle stratégie a été présentée au Parlement en 2011 sous la forme d'une «lettre sur la drogue».

Développements des politiques antidrogue

Le rééquilibrage des objectifs des politiques antidrogue vers la promotion de la guérison est un développement récent au Royaume-Uni, plusieurs documents de politique antidrogue successifs mettant l'accent sur les résultats des traitements et la réinsertion sociale des usagers de drogue ⁽¹⁾ et sur le fait que la guérison est devenue un élément clé de la politique antidrogue ⁽²⁾. Dans le passé, les politiques visaient essentiellement à accroître le nombre de personnes ayant accès à un traitement, notamment le traitement de substitution aux opiacés, alors que certains des nouveaux documents insistent davantage sur la qualité du service. Il reste à voir comment ces nouvelles orientations politiques se traduiront en changements concrets dans les services de traitement de la toxicomanie et de réinsertion sociale. Par ailleurs se pose également la question de savoir si ce développement est le signe de changements plus profonds à venir dans la politique antidrogue. L'examen des données relatives à la guérison fait apparaître que plusieurs facteurs décisifs pour parvenir à se libérer de la drogue et devenir un membre actif de la communauté ne sont pas couverts par la politique antidrogue et sont liés à des traits de caractère individuels et à des politiques sociales plus générales (Best e.a., 2010). Les gouvernements pourraient éprouver des difficultés à les modifier, en particulier si cela requiert des ressources financières supplémentaires, dans une période où ils opèrent des coupes claires dans les dépenses publiques.

La politique antidrogue actuelle du Portugal a plus de dix ans d'existence, mais elle s'est attiré une attention accrue ces dernières années, d'abord parmi les analystes de la politique antidrogue et les groupes de défense, mais désormais aussi parmi les gouvernements d'Europe et d'ailleurs. La clé de voûte de la politique portugaise est la dépénalisation de la consommation de drogue et le rôle des «commissions de dissuasion de la toxicomanie» (CDT), qui relèvent du ministère de la santé (OEDT, 2011b). Ces instances évaluent la situation des usagers de drogue et sont compétentes pour apporter un soutien ou infliger des sanctions. Bien qu'aucun autre pays n'ait adopté ce modèle pour l'instant, un comité mis en place par le gouvernement norvégien a récemment suggéré la création de tribunaux pluridisciplinaires similaires en Norvège.

⁽¹⁾ Stratégie britannique 2008.

⁽²⁾ Stratégie écossaise 2008 et stratégie britannique 2010.

nationaux (dépenses explicitement imputables aux drogues). Toutefois, il est fréquent que l'essentiel des dépenses liées à la drogue ne soit pas identifié comme tel (dépenses non explicitement imputables aux drogues) et qu'elles doivent dès lors être estimées en adoptant une approche de modélisation des coûts.

Au cours de la dernière décennie, douze pays au moins ont tenté de parvenir à des estimations exhaustives des dépenses liées à la drogue (voir le tableau 2). Ces pays ont

fait état de dépenses explicitement imputées au phénomène de la drogue comprises entre 0,04 et 0,48 % du PIB.

À l'instar d'autres secteurs de la politique sociale, le pourcentage du PIB consacré par le gouvernement à des activités liées à la drogue augmente à mesure que s'accroît le niveau de richesse du pays (OCDE, 2006; Prieto, 2010). En Belgique, en République tchèque, en Allemagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni, on estime qu'au moins 0,1 % du PIB a été consacré aux problèmes liés à la drogue; en France, en Lettonie (dépenses explicitement imputables aux drogues), en Hongrie et en Slovaquie, l'estimation oscille entre 0,1 et 0,04 % du PIB. Compte tenu de la diversité des méthodes utilisées et des fluctuations en termes d'exhaustivité, ces valeurs ne s'écartent pas sensiblement des estimations des États-Unis (0,42 %) (Reuter, 2006) et de l'Australie (0,41 % du PIB) (Moore, 2008).

Les études relatives aux dépenses publiques s'efforcent également d'estimer la ventilation des fonds entre les différents types d'interventions liées à la drogue. Il convient néanmoins de faire preuve de prudence en procédant à des comparaisons entre les pays, étant donné qu'ils n'utilisent pas nécessairement la même classification des dépenses. Parmi les douze pays présentant des estimations complètes, les activités de réduction de l'offre — «répression» ou «sécurité et ordre public» — représentaient entre 48 et 92 % du total. Les dépenses consacrées à la justice, à la police, aux douanes et aux prisons étaient les plus fréquemment citées.

En Europe, la classification des dépenses liées à la réduction de la demande varie sensiblement selon les pays. Les dépenses consacrées aux traitements ou à la santé représentent 40 % ou plus du total déclaré par la Belgique, la France et le Luxembourg. En revanche, cinq pays ont fait état de dépenses allouées à la réduction des risques, comprises entre 0,1 et 28,8 % des dépenses estimées imputables à la drogue. Sept pays ont fourni des données sur les dépenses relatives à la prévention, dont les estimations sont comprises entre 1 et 12 % des dépenses totales imputables à la drogue.

Un certain nombre de pays européens utilisent déjà les données sur les dépenses publiques comme outil de planification et d'évaluation de la mise en œuvre des politiques antidrogue, tandis que d'autres, comme le Portugal et la Slovaquie, indiquent leur intention de s'orienter dans ce sens. Néanmoins, il reste difficile de brosser un tableau clair et complet des dépenses publiques nationales liées à la drogue en Europe. À l'heure actuelle, aucun consensus ne se dégage sur la manière d'estimer des catégories spécifiques de dépenses

Tableau 2: Estimations des dépenses publiques liées à la drogue

Pays	Année	Affectation des dépenses publiques liées à la drogue (%)		Part du PIB (%) ⁽¹⁾	Niveau de gouvernement
		Réduction de la demande	Réduction de l'offre		
Belgique	2004	43,4	56,2	0,10	Autorités fédérales, régionales, provinciales et municipales
République tchèque ⁽²⁾	2006	8,2	91,8	0,20	Gouvernement central, régional et local et sécurité sociale
France	2005	51,6	48,4	0,07	Gouvernement central
Allemagne	2006	35,0	65,0	0,22-0,26	Autorités fédérales, fédérées et locales et sécurité sociale
Hongrie	2007	25,0	75,0	0,04	Gouvernement central
Lettonie ⁽²⁾	2008	40,9	51,3	0,04	Gouvernement central et un programme local
Luxembourg	2009	43,0	57,0	0,10	Gouvernement central et sécurité sociale
Pays-Bas	2003	25,0	75,0	0,46	Gouvernement central et local
Slovaquie	2006	30,0	70,0	0,05	Gouvernement central et sécurité sociale
Finlande	2008	45,0	55,0	0,07	Gouvernement central et local
Suède	2002	25,0	75,0	0,28	Secteurs publics non identifiés (uniquement les agences concernées)
Royaume-Uni	2005/2006	41,3	58,7	0,48	Gouvernement central et régional

⁽¹⁾ En raison des différences entre les pays au niveau de la méthodologie, de la qualité des données et de l'exhaustivité, les valeurs des dépenses publiques liées à la drogue en pourcentage du PIB ne sont qu'indicatives et ne devraient pas être considérées comme représentant l'ensemble des dépenses publiques nationales consacrées au phénomène de la drogue.

⁽²⁾ Dépenses spécifiées uniquement.

NB: Voir le tableau PPP-10 du bulletin statistique 2011 pour une liste complète des sources.

Sources: Rapports nationaux Reitox, Eurostat.

imputables à la drogue. Une cartographie exhaustive des autorités publiques qui financent la politique antidrogue et une harmonisation des concepts et des définitions seront nécessaires pour améliorer la précision des données et la comparabilité entre les pays.

Législations nationales

Détention de drogues destinées à la consommation personnelle: dix ans d'évolution des peines en Europe

Au cours de la décennie écoulée, quinze pays européens ont modifié les sanctions infligées en cas de détention de petites quantités de drogue. La Convention des Nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants de 1988 établit, en son article 3, paragraphe 2, que chaque État doit conférer le caractère d'infraction pénale à la détention de drogues destinées à la consommation personnelle, sous réserve de ses principes constitutionnels et des concepts fondamentaux de son système juridique. En Europe, cette disposition a été appliquée de diverses manières. La détention de toute substance illicite destinée à la consommation personnelle peut être considérée comme une infraction pénale, une infraction simple et des sanctions non pénales peuvent s'appliquer à la détention de cannabis, tandis que la détention d'autres drogues demeure une infraction pénale.

Trois grands types de changements sont intervenus au niveau des sanctions ces dix dernières années: les changements relatifs au statut juridique de l'infraction

(pénale ou non), ceux concernant la classification des drogues, lorsque la catégorie détermine la sanction, et ceux modifiant l'importance de la peine maximale applicable. La plupart des pays ayant modifié les sanctions appliquées à la détention de drogue ont combiné ces différents types de changement, ce qui complique l'analyse.

La modification de la qualification juridique de l'infraction est peut-être l'avancée la plus significative des législateurs, qui ont franchi ce pas au Portugal, au Luxembourg et en Belgique. Au Portugal, la loi de juillet 2001 a dépénalisé la détention de toutes les substances destinées à une consommation personnelle. De ce fait, la peine maximale pour détention de petites quantités de drogue a été réduite d'une peine privative de liberté de trois mois à une amende administrative infligée par les nouvelles «commissions de dissuasion de la toxicomanie», qui privilégient les solutions sanitaires aux sanctions punitives ⁽³⁾. En mai 2001, le Luxembourg a établi la détention de cannabis à des fins de consommation personnelle comme une infraction distincte assortie d'une sanction moindre, passible seulement d'une amende pour la première infraction sans circonstances aggravantes. Dans le même temps, les peines maximales pour détention de toute substance autre que le cannabis à des fins de consommation personnelle sont passées de trois ans à six mois de prison. Un changement similaire est intervenu en mai 2003 en Belgique. La détention d'une petite quantité de cannabis pour usage personnel, sans circonstances aggravantes, était auparavant passible d'une peine

⁽³⁾ Une analyse détaillée des effets de la dépénalisation au Portugal a été publiée récemment (Hughes et Stevens, 2010).

Récession: l'impact des interventions dans le domaine de la lutte antidrogue

La récession économique qui a frappé l'Europe en 2008 a gravement affecté les États membres de l'UE. Ses répercussions sur les comptes publics pourraient se faire sentir longtemps et nécessitent, dans la plupart des pays, des politiques tendant à réduire les déficits publics et la dette de l'État. La Commission européenne (2011) prévoit qu'en 2011, pour la première fois en dix ans, les dépenses publiques (hors paiements des intérêts) vont baisser en termes réels dans l'Union européenne.

Des données sur les dépenses budgétaires consacrées aux interventions liées à la drogue ont été recueillies par les points focaux nationaux Reitox afin de disposer d'une première idée de l'impact des mesures d'austérité sur la politique antidrogue. Sur les dix-neuf pays ayant fourni des informations, quinze ont évoqué une réduction des fonds disponibles pour certains volets de la politique antidrogue depuis 2008. L'importance des réductions budgétaires variait considérablement, avec des baisses déclarées s'établissant entre 2 et 44 %, selon les pays et le volet politique considéré.

L'austérité budgétaire semble avoir affecté différemment les divers aspects de la politique antidrogue. Pour les dépenses explicitement imputables à la drogue, les domaines les plus sérieusement touchés étaient les activités de recherche, de prévention, de réinsertion sociale et d'organisation. La plupart des pays semblent avoir évité de réduire les budgets destinés au traitement, bien que certains rapportent une réorganisation des services ou des réductions de la fourniture de traitement. Des réductions ont également été rapportées en ce qui concerne le financement de programmes antidrogue en milieu carcéral ou d'activités répressives. Les informations relatives aux dépenses non explicitement imputées à la drogue, qui se taillent la part du lion dans les dépenses publiques liées à la drogue, ne sont pas disponibles dans la plupart des pays. De ce fait, les mesures d'austérité qui touchent des secteurs comme la répression, la justice ou certains aspects de la fourniture de traitement peuvent faire l'objet d'un sous-signallement.

d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans, mais la poursuite de ce délit est désormais peu prioritaire et entraîne une amende de police.

L'Estonie et la Slovénie se sont également orientées vers une «dépénalisation». En Estonie, avant septembre 2002, une seconde infraction administrative pour détention de drogue dans les douze mois suivant la première était une infraction pénale passible d'une peine d'emprisonnement de trois ans au maximum. Le nouveau code pénal a supprimé cette sanction, de sorte qu'une seconde infraction est, à l'instar de la première, considérée comme un délit passible d'une amende ou d'une détention administrative d'un maximum de trente jours. En Slovénie,

la loi sur les délits de janvier 2005 a supprimé les peines d'emprisonnement pour l'ensemble des délits, l'un d'entre eux étant la détention de drogue pour consommation personnelle. La peine maximale encourue pour ce délit a donc été réduite de trente jours d'emprisonnement, ou cinq jours pour la détention d'une petite quantité, à une amende.

Sans changer la qualification juridique de l'infraction, six pays ont modifié la classification des différentes drogues, et c'est la catégorie qui détermine la sanction. En Roumanie, la loi de 2004 a réparti les substances en une catégorie «à haut risque» et une catégorie «à risque». La sanction pour les substances à haut risque est toujours de deux à cinq ans de prison, tandis que les substances à risque sont désormais passibles d'une peine inférieure, comprise entre six mois et deux ans de prison. En Bulgarie, le code pénal de 2006 a introduit des amendes spécifiques pour les infractions sans rapport avec la distribution, à savoir d'un à six ans de prison pour les drogues à haut risque (contre dix à quinze ans auparavant) et jusqu'à cinq ans pour les drogues à risque (contre trois à six ans auparavant). Il précise également que les infractions mineures sont passibles d'une amende. En République tchèque, depuis janvier 2010, le nouveau code pénal applique une peine maximale inférieure pour la détention à des fins de consommation personnelle d'une quantité «plus que petite» de cannabis (un an d'emprisonnement) que pour la détention d'autres drogues (toujours deux ans d'emprisonnement). À l'inverse, à la fin de 2006, l'Italie a supprimé les distinctions de peines entre les drogues illicites, tout en augmentant la durée maximale des sanctions administratives, telles que le retrait du permis de conduire, à un an, quelle que soit la substance illicite. Au Royaume-Uni, le cannabis a été reclassifié de la classe B à la classe C en 2004, abaissant ainsi les peines maximales pour détention à des fins de consommation personnelle de cinq à deux ans de prison. Des directives policières nationales ont été élaborées afin de ne pas arrêter les détenteurs de drogue, mais de leur donner un avertissement informel, en l'absence de circonstances aggravantes. En janvier 2009, le cannabis a été reclassifié de la classe C à la classe B, relevant à nouveau les peines maximales à cinq ans de prison. Les directives policières nationales révisées continuent à recommander un avertissement informel en cas de première infraction.

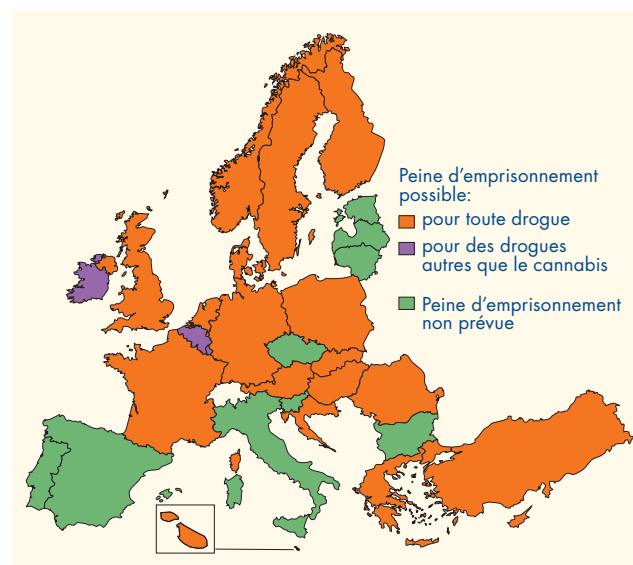
Un troisième groupe de pays a modifié les sanctions pour détention de drogue à des fins personnelles sans toucher au statut juridique de l'infraction ni s'occuper des risques afférents. Les sanctions pour détention de toutes les drogues à des fins personnelles ont simplement

été modifiées dans quatre pays, ainsi qu'en Slovaquie où l'infraction a été redéfinie. En Finlande, en 2001, le code pénal a été modifié et la peine maximale pour une infraction mineure liée aux stupéfiants a été abaissée de deux ans à six mois de prison, permettant ainsi au procureur de régler la plupart des affaires par l'imposition d'une amende. En Grèce, en 2003, la peine maximale pour consommation ou détention de petites quantités de drogue à des fins personnelles par un usager non dépendant est passée de cinq à un an de prison. Cette infraction n'est pas inscrite au casier judiciaire pour autant qu'il n'y ait pas de récidive dans les cinq ans. Au Danemark, des lignes directrices adressées aux procureurs en mai 2004 expliquent que la réaction normale aux infractions mineures de détention de drogue devrait être une amende et non un avertissement. En 2007, la loi a entériné cette recommandation. En France, une loi de 2007 a élargi l'éventail des options judiciaires possibles afin d'inclure un «cours de sensibilisation à la drogue» destiné aux consommateurs occasionnels et aux jeunes. Le coût de ce cours doit être acquitté par l'auteur de l'infraction. En 2005, le code pénal slovaque a élargi la définition de la «détention à des fins de consommation personnelle» d'une à trois doses de toute substance illicite, tout en gardant inchangée la peine maximale. Deux nouvelles peines sont désormais prévues pour les auteurs de cette infraction: maintien en résidence surveillée d'une durée pouvant aller jusqu'à un an ou 40 à 300 heures de travaux d'intérêt général. La réforme du code pénal a également introduit une nouvelle infraction, la «détention d'une quantité plus élevée à des fins de consommation personnelle», définie comme un maximum de dix doses et passible d'une peine d'emprisonnement maximale de cinq ans. Auparavant, il se serait agi d'une infraction liée au trafic de drogue passible de deux à huit ans de prison.

Les motifs qui sous-tendent ces changements sont complexes et varient d'un pays à l'autre. Ainsi, des lois ont été modifiées pour atteindre les toxicomanes (Portugal), simplifier la sanction (Belgique, Finlande, Royaume-Uni en 2004), harmoniser les peines pour les délits (Estonie, Slovénie) et définir des niveaux de risques (Bulgarie, République tchèque, France, Italie, Luxembourg, Roumanie, Royaume-Uni en 2009).

En ce qui concerne la tendance européenne générale des sanctions pour détention de drogue à des fins de consommation personnelle, on peut dire que les sanctions ont été réduites au cours de la première moitié de la décennie et relevées au cours de la seconde moitié. Néanmoins, il est plus intéressant d'observer que, bien que la majorité des pays aient conservé la possibilité d'une peine d'emprisonnement (voir le graphique 2),

Graphique 2: Sanctions inscrites dans la législation: possibilité d'emprisonnement pour détention de drogue pour consommation personnelle (infractions mineures)



NB: Pour de plus amples informations, voir la base européenne de données juridiques sur les drogues (ELDD).
Sources: Points focaux nationaux Reitox et ELDD.

aucun n'a introduit de sanction pénale ni n'a allongé les peines d'emprisonnement au-delà de dix ans. À cet égard, on constate des signes de convergence au niveau européen, qui s'orientent vers des peines inférieures pour la détention de drogue à des fins de consommation personnelle.

Recherche sur la drogue

Renforcer la capacité de recherche de l'UE

Ces dernières années, le renforcement de la capacité de recherche dans le domaine de la drogue a été l'une des priorités de l'UE. En 2010 s'est déroulé le premier échange annuel du Conseil sur la recherche sur la drogue et la Commission européenne a présenté un aperçu des projets de recherche qu'elle finance et a insisté sur la valeur ajoutée de ces initiatives. L'OEDT a présenté certains des mécanismes et des sujets des études menées dans les États membres sur la drogue ainsi que les recommandations de son comité scientifique sur les priorités de la recherche future (4).

La principale source de financement de la recherche en Europe est le septième programme-cadre pour la recherche et le développement technologique, qui viendra à échéance en 2013. Dans le cadre du programme «Coopération» du 7^e programme-cadre, plusieurs appels à propositions sont particulièrement pertinents pour la

(4) Voir l'encadré intitulé «Priorités de la recherche future: les recommandations du comité scientifique de l'OEDT».

recherche sur la drogue ⁽⁵⁾. Il s'agit notamment des appels à propositions «Comportement addictif et/ou compulsif chez les enfants et les adolescents», «Comprendre les conséquences involontaires des mesures internationales de contrôle des substances illicites» et «ALICE-RAP» ⁽⁶⁾.

La Commission européenne finance également d'autres études en rapport avec la drogue par le biais des programmes «Prévenir la consommation de drogue et informer le public», «Prévenir et combattre la criminalité», «Justice pénale» et «Santé publique». Par ailleurs, des projets tels que l'«Étude sur l'élaboration d'un cadre européen en faveur de normes minimales et d'instruments de qualité pour la réduction de la demande de drogue», «Nouveaux outils méthodologiques pour l'évaluation des politiques et des programmes» et «Analyse complémentaire du marché européen des substances illicites et des réponses apportées» apporteront des contributions importantes aux différents défis que doivent relever les États membres dans ce domaine et à la mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action antidrogue actuels de l'UE.

Comme le réclamaient les conclusions du Conseil de 2009, l'OEDT, en étroite collaboration avec la Commission européenne, diffuse des informations et les principaux résultats de ces projets sur son site de recherches thématiques.

Résultats de la recherche menée dans les États membres

À ce jour, l'Europe ne possède pas d'inventaire des recherches liées à la drogue menées au niveau national. Tous les États membres étudient le phénomène de la drogue et une partie de ces études alimente les rapports Reitox nationaux. Bien que les citations extraites de ces rapports ne fassent référence qu'à une sélection d'études et puissent ne pas couvrir toutes les publications nationales pertinentes, il est possible de dégager certaines tendances dans le nombre et le type de sujets de recherche cités. Entre 2008 et 2010, le nombre annuel d'études citées dans les rapports Reitox nationaux est passé de 370 à 750. Les études sur les réponses à la consommation de drogue forment la catégorie la plus vaste (34 % des citations mentionnées dans les rapports nationaux 2008-2010), suivies par les études sur la prévalence, l'incidence et les modes de consommation (29 %) et les études sur les conséquences de la consommation de drogue (23 %). Des études sur les méthodologies et les mécanismes et les effets des drogues ne sont que rarement mentionnées.

Priorités de la recherche future: les recommandations du comité scientifique de l'OEDT

Afin de contribuer au débat en cours sur les priorités de l'Europe dans le domaine de la recherche sur la drogue, le comité scientifique de l'OEDT a élaboré une série de recommandations couvrant cinq domaines clés.

Interventions: la priorité doit être donnée à l'efficacité des interventions en matière de traitement, à l'impact des interventions précoces et à l'impact sur les membres de la famille.

Analyse politique: des recherches supplémentaires sont nécessaires sur la manière dont les politiques nationales et européennes sont conçues, décidées et mises en œuvre, mais aussi sur leur évaluation, y compris les comparaisons des résultats entre différents pays.

Offre de substances illicites: davantage d'attention doit être accordée à l'amélioration des indicateurs afin d'étudier la dynamique du marché.

Recherche épidémiologique: une série d'études de cohortes longitudinales est recommandée afin de mieux comprendre l'évolution à long terme de la consommation d'une substance et de meilleures méthodes d'estimation de la taille de la population consommatrice de drogue sont toujours nécessaires.

Recherche fondamentale sur l'étiologie et l'évolution de la consommation de drogue: la recherche dans ce domaine pourrait améliorer le diagnostic et les résultats thérapeutiques.

ALICE-RAP

Le septième programme-cadre de recherche et de développement technologique de la Commission européenne finance une importante initiative de recherche sur la dépendance dans le cadre de son programme «Coopération». Les défis que rencontre la société européenne actuelle du fait des toxicomanies et d'autres addictions sont analysés dans le cadre du projet «Addictions et modes de vie dans l'Europe d'aujourd'hui — Redéfinition des addictions» (ALICE-RAP), qui réunit des chercheurs de vingt-cinq pays. Les 10 millions d'euros alloués au projet serviront à financer des recherches sur tous les aspects de la dépendance, sous les intitulés suivants: appropriation de la dépendance, comptabilité de la dépendance, facteurs déterminants de la dépendance, commerce de la dépendance, gouvernance de la dépendance et rendre les jeunes dépendants.

Pour plus d'informations, consultez le site internet ALICE-RAP (en anglais).

⁽⁵⁾ Les appels à propositions sont publiés au *Journal officiel de l'Union européenne* et invitent les chercheurs à soumettre leurs propositions de projet pour des domaines spécifiques du programme-cadre.

⁽⁶⁾ Voir l'encadré intitulé «ALICE-RAP».

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Chapitre 2

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

Introduction

Ce chapitre présente une vue d'ensemble des réponses au phénomène de la drogue en Europe et souligne les tendances, les évolutions et les problèmes de qualité. Il examine, dans un premier temps, les mesures de prévention et se penche ensuite sur les interventions en matière de traitement, de réinsertion sociale et de réduction des risques. Ensemble, toutes ces mesures forment un système complet de réduction de la demande de drogue et elles sont de plus en plus coordonnées et intégrées.

La section portant sur la répression antidroge analyse les données les plus récentes sur les infractions à la législation antidroge et examine le rôle joué par les opérations d'infiltration dans le démantèlement des filières d'approvisionnement en substances illicites. Ce chapitre s'achève par un examen des données disponibles concernant les toxicomanes en milieu carcéral ainsi que les réponses existantes dans ce cadre spécifique.

Prévention

La prévention de la toxicomanie s'articule autour de différents niveaux ou stratégies, qui ciblent la société dans son ensemble (prévention environnementale) ou se concentrent sur les individus à risque (prévention ciblée). Les principaux enjeux des politiques de prévention consistent à faire correspondre les différents niveaux de prévention avec le degré de vulnérabilité des groupes cibles (Derzon, 2007) et à faire en sorte que les interventions reposent sur des preuves et aient une couverture suffisante. La plupart des activités préventives mettent l'accent sur la consommation des substances en général et seul un nombre restreint de programmes se centre sur des substances spécifiques, comme l'alcool, le tabac ou le cannabis.

Stratégies environnementales

L'objectif des stratégies de prévention environnementale vise à modifier les environnements culturel, social, physique

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

Depuis l'introduction récente d'une interdiction totale de fumer dans les lieux publics en Espagne, la quasi-totalité des pays européens applique désormais l'une ou l'autre forme d'interdiction de fumer. Les stratégies environnementales visant l'alcool sont moins courantes en Europe, bien que la plupart des pays scandinaves fassent état d'une mise en œuvre accrue de stratégies visant à servir de l'alcool de manière raisonnable ⁽⁷⁾, dont l'efficacité a été démontrée dans des études locales (Gripenberg e.a., 2007).

Dans la plupart des pays européens, on observe une application renforcée des politiques antidroge dans les écoles ⁽⁸⁾ et plus d'un tiers des pays rapportent que la prévention de la drogue est intégrée dans le programme des cours, notamment par le biais de programmes de «santé» ou d'«éducation civique». Quatre pays (Luxembourg, Pays-Bas, Autriche et Royaume-Uni) font état de la mise en œuvre de programmes de prévention dans «toute l'école» ⁽⁹⁾, une approche ayant fait l'objet d'une évaluation positive en termes de réduction de la consommation de drogue (Fletcher e.a., 2008) et présentant d'autres avantages, comme une meilleure ambiance à l'école et une inclusion sociale renforcée.

Prévention universelle

La prévention universelle concerne des populations entières, essentiellement en milieu scolaire et au niveau des communautés. Elle vise à dissuader ou à reporter le

⁽⁷⁾ Les stratégies visant à servir de l'alcool de manière responsable ont pour but de prévenir la vente d'alcool à des personnes intoxiquées et mineures, par le biais de formations pour les serveurs et d'interventions policières.

⁽⁸⁾ Une politique antidroge en milieu scolaire définit les normes et les règles en matière de consommation de substances au sein de l'école et fournit des orientations sur la procédure à suivre lorsque les règles sont enfreintes.

⁽⁹⁾ Les approches scolaires globales ont pour but de créer des environnements scolaires protecteurs et un climat positif au sein de l'école.

début de la consommation de drogue et les problèmes liés à la drogue en fournissant aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour éviter de commencer à consommer des drogues. Lorsque des approches de prévention universelle sont suivies, il est démontré qu'accorder une attention au contexte culturel, normatif et social améliore les chances d'acceptation et de réussite des programmes (Allen e.a., 2007).

Les estimations des experts pour l'Europe indiquent un léger virage de la prévention basée sur les écoles, qui s'écarte des approches dont l'efficacité n'a pas été démontrée, comme la seule fourniture d'information, les journées d'information et le dépistage de drogues dans les écoles, pour s'orienter vers des approches plus prometteuses, comme des programmes d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle basés sur des manuels et des interventions spécifiquement destinées aux garçons. Certains pays déclarent également que les interventions de prévention universelle les plus efficaces sont transférées d'un pays à l'autre ⁽¹⁰⁾. Toutefois, malgré l'existence de méthodes de prévention jugées positives, un certain nombre d'interventions non étayées par des preuves scientifiques, comme les visites d'experts et de policiers dans les écoles, sont de plus en plus fréquemment citées par certains pays.

La prévention universelle basée sur les familles prend généralement la forme d'interventions simples et peu coûteuses, comme des soirées d'information pour les parents et la diffusion de brochures et de dépliants. Des interventions plus complexes du type des groupes de pairs composés de parents (Allemagne, Irlande), des formations aux compétences personnelles et sociales (Grèce, Portugal) ou des programmes d'éducation parentale basés sur des manuels (Espagne, Royaume-Uni) sont rarement mentionnés.

Prévention sélective

La prévention sélective est axée sur des groupes, familles ou communautés spécifiques, dont les membres, du fait de leurs faibles liens sociaux ou de leurs maigres ressources, sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance. Plusieurs États membres signalent un changement de priorité dans leurs stratégies afin de cibler la vulnérabilité, tandis que les estimations des experts suggèrent une augmentation globale de l'offre d'interventions destinées aux groupes vulnérables entre 2007 et 2010, à l'exception des interventions visant les jeunes placés dans des établissements de soins. Les hausses les plus marquées concernent les élèves ayant des problèmes scolaires ou sociaux (couverture complète ou étendue dans seize pays) et les jeunes délinquants qui

enfreignent la législation antidrogue (couverture complète ou étendue dans douze pays) (voir le graphique 3). L'intérêt accru pour le premier groupe pourrait être dû à l'attention croissante qu'accordent certains États membres et l'Union européenne à l'échec et au décrochage scolaires, qui présentent les mêmes facteurs de risque que la consommation problématique de drogue (King e.a., 2006). L'augmentation de l'offre d'interventions visant les jeunes délinquants pourrait s'expliquer en partie par la mise en œuvre du programme FRED, un programme psychosocial en plusieurs séances (OEDT, 2010a), dans un nombre croissant de pays ainsi que par de nouvelles interventions ciblant les auteurs d'une première infraction en Grèce, en Irlande et au Luxembourg.

Une hausse de l'offre d'interventions ciblant les familles vulnérables a également été rapportée, notamment pour les familles ayant des problèmes de consommation de drogue (couverture complète ou étendue dans quatorze pays) et pour les familles socialement défavorisées (couverture complète ou étendue dans sept pays) (voir le graphique 3). Dans ce contexte, la popularité croissante du «Strengthening Families Program» (Renforcement des familles) (Kumpfer e.a., 2008) en Europe est à relever. En effet, ce programme a été récemment mis en œuvre dans 3 nouveaux pays (Allemagne, Pologne, Portugal) et dans de nouvelles localités au Royaume-Uni.

La prévention sélective peut passer par du travail de proximité ou par des services à caractère administratif. Le travail de prévention auprès de groupes ethniques et de personnes fréquentant les fêtes ou les festivals est le seul domaine pour lequel davantage de travail de proximité est rapporté, alors que les rapports font état d'une réduction des services de proximité pour les jeunes sans abri. Dans l'ensemble, la plupart des contacts avec des groupes socialement exclus, comme les jeunes en décrochage scolaire, les immigrants et les jeunes sans abri, sont toujours administratifs.

En outre, le contenu de nombreux programmes de prévention sélective est relativement peu connu ⁽¹¹⁾. Globalement, les données disponibles font apparaître que les interventions les plus courantes en Europe sont celles qui mettent l'accent sur l'information, la sensibilisation et le conseil, en dépit des preuves de plus en plus nombreuses de l'efficacité d'approches telles que l'établissement de normes, la motivation, les qualifications et la prise de décision.

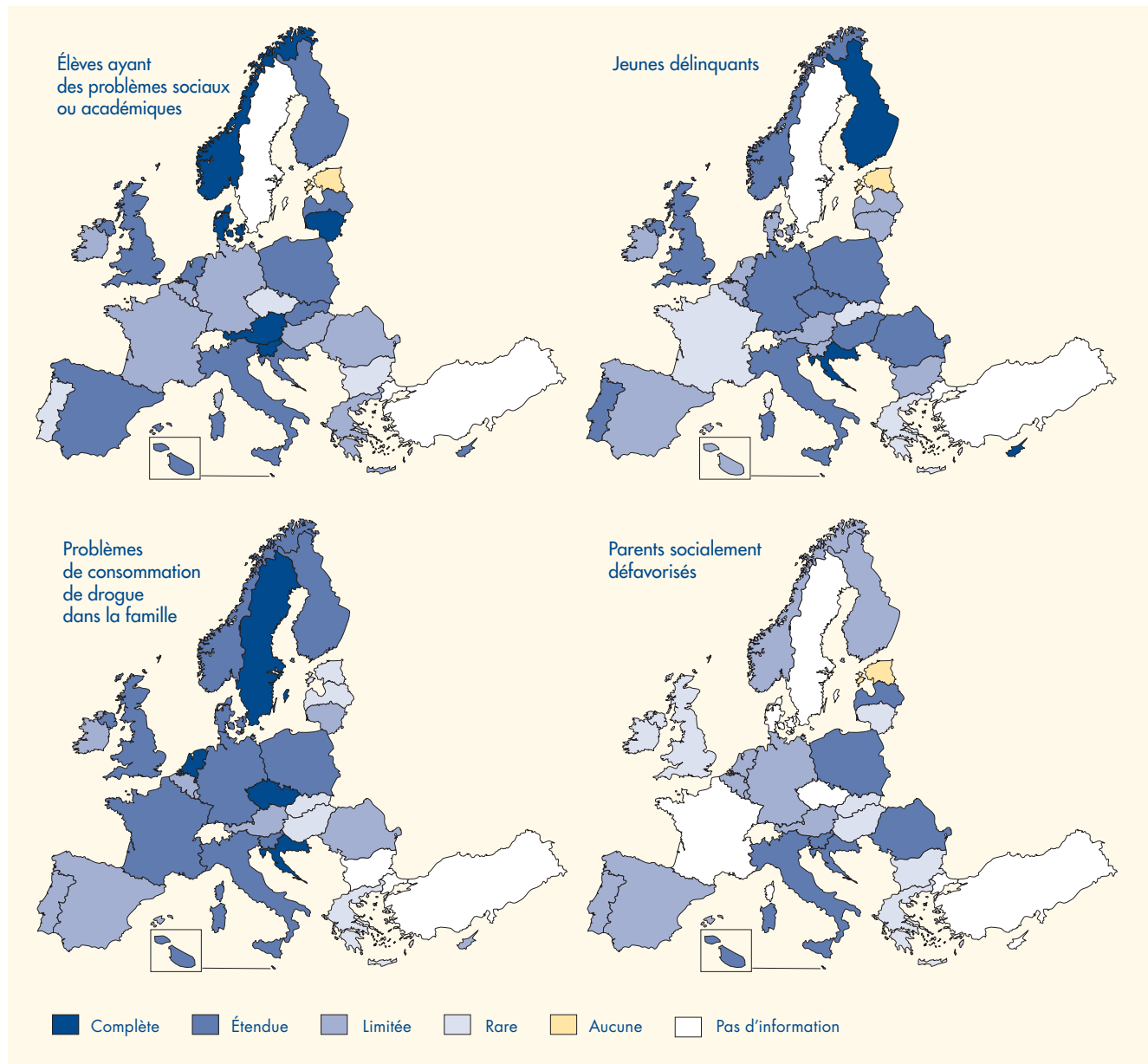
Prévention ciblée

La prévention ciblée tend à identifier les personnes présentant des problèmes comportementaux ou

⁽¹⁰⁾ Voir SFP, FRED, Preventure, EU-DAP et GBG sur le portail des meilleures pratiques.

⁽¹¹⁾ Quelques exemples sont néanmoins disponibles sur le site «Échange sur les mesures de réduction de la demande de drogue».

Graphique 3: Offre de mesures de prévention sélective selon les estimations des experts nationaux



NB: L'offre se rapporte à la répartition générale et géographique des mesures et est évaluée comme suit: complète, fournie dans presque tous les lieux pertinents (zones où la population cible est suffisante pour la mise en œuvre de l'intervention); étendue, fournie dans la majorité mais pas dans tous les lieux pertinents; limitée, fournie dans plus de quelques lieux pertinents, mais pas dans la majorité d'entre eux; rare, fournie uniquement dans quelques lieux pertinents; aucune, pas d'intervention disponible. Informations recueillies par le biais d'un questionnaire structuré.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

psychologiques qui donnent à penser qu'elles pourraient développer ultérieurement des problèmes de toxicomanie et à les cibler individuellement par le biais de mesures spécifiques. Un certain nombre de programmes de prévention ciblée ont fait l'objet d'une évaluation positive (OEDT, 2009c).

La moitié seulement des États membres et la Norvège mentionnent l'existence d'activités de prévention ciblée et très peu font état de l'utilisation d'interventions structurées

basées sur des manuels. Un nombre croissant de pays déclarent que le cadre scolaire sert à identifier les élèves vulnérables, en particulier ceux qui présentent des problèmes comportementaux, souvent associés à une consommation ultérieure de drogue. La Belgique, la République tchèque, le Portugal et la Norvège mentionnent l'utilisation de nouveaux outils de dépistage et d'une détection précoce dans les écoles et les communautés.

Les stratégies de prévention ciblée le plus souvent citées sont l'intervention précoce et les services de conseil sur la consommation de drogue. On recense peu de mentions d'interventions ciblant des problèmes comportementaux précoces. Cela donne à penser que le potentiel de la prévention ciblée en matière de réduction de l'impact des problèmes neurocomportementaux pendant l'enfance, comme l'agressivité et l'impulsivité, sur le comportement de consommation de drogue (OEDT, 2009c) n'est pas exploité pleinement en Europe. La prévention ciblée peut servir de passerelle entre la prévention dans des environnements communautaires et le traitement spécialisé proposé dans des établissements de soins, en particulier dans les cas d'interventions précoces visant des groupes particuliers, comme les consommateurs vulnérables de cannabis ou d'alcool.

Traitement

En Europe, les principales modalités de traitement des problèmes de toxicomanie sont des interventions psychosociales, des traitements de substitution aux opiacés et des cures de désintoxication. L'importance relative de ces différentes modalités de traitement dans chaque pays est influencée par divers facteurs, dont l'organisation du système national de soins de santé. Les services de traitement de la toxicomanie peuvent être dispensés dans divers cadres, tels que des unités de traitement spécialisées, des services ambulatoires ou hospitaliers, des cliniques et des hôpitaux psychiatriques, des unités installées en milieu carcéral, des structures à bas seuil et des cabinets de médecins généralistes.

Aucun ensemble de données ne permet de décrire l'ensemble de la population d'usagers de drogue actuellement en traitement en Europe. Néanmoins, l'indicateur de l'OEDT sur les demandes de traitement rassemble des informations sur un important sous-groupe de cette population et collecte des données sur les personnes qui entrent dans un service spécialisé de traitement de la toxicomanie pendant l'année civile, permettant ainsi de connaître leurs caractéristiques et leur profil de consommation de drogue⁽¹²⁾. En 2009, l'indicateur a enregistré quelque 460 000 patients ayant entamé un traitement, dont 38 % (175 000) entraient en traitement pour la première fois.

Sur la base de différentes sources, dont l'indicateur sur les demandes de traitement, on peut estimer qu'au

moins 1,1 million de personnes ont suivi un traitement pour consommation de substances illicites dans l'Union européenne, en Croatie, en Turquie et en Norvège en 2009⁽¹³⁾. Si plus de la moitié de ces patients ont reçu un traitement de substitution aux opiacés, un nombre considérable ont bénéficié d'autres formes de traitement pour des problèmes liés aux opiacés, aux stimulants, au cannabis et à d'autres substances illicites⁽¹⁴⁾. Cette estimation du nombre de traitements de la toxicomanie dans l'Union européenne, quoiqu'elle doive être encore affinée, suggère un niveau considérable d'offre de traitements, à tout le moins pour les consommateurs d'opiacés. Cela résulte d'un développement considérable des services ambulatoires spécialisés au cours des vingt dernières années, avec une contribution majeure des services de santé primaire, des groupes d'entraide, des services de santé mentale, des services de proximité et des prestataires de services à bas seuil.

L'Europe de l'Ouest, en particulier, semble connaître un abandon graduel de l'idée que le traitement de la toxicomanie relève de la responsabilité de quelques disciplines spécialisées proposant des interventions intensives de courte durée pour adopter une approche pluridisciplinaire intégrée à plus long terme. Il s'agit en partie d'une réponse à la reconnaissance croissante que la dépendance à la drogue est une affection chronique, les progrès de nombreux patients étant marqués par des cycles de rémission, de rechute, de traitements répétés et d'incapacité (Dennis et Scott, 2007), une approche étayée par les données recueillies par l'OEDT, qui montrent que plus de la moitié des patients admis en traitement ont déjà suivi un traitement précédemment. Un autre facteur est le fait que les pays d'Europe de l'Ouest enregistrent un vieillissement significatif de leur population d'usagers de drogue en traitement, une population composée essentiellement d'usagers de drogue à problèmes de longue durée ayant déjà suivi des traitements et présentant des problèmes sociaux et sanitaires multiples (OEDT, 2010f).

En réaction, certaines stratégies antidroque nationales et locales se réfèrent à une approche de soins continus, en insistant sur la coordination et l'intégration des interventions entre les différents prestataires de traitement (comme le transfert de services de traitement en hébergement vers des services ambulatoires) et entre le traitement et l'éventail plus vaste de services sanitaires et sociaux. Les soins continus s'appuient sur un suivi régulier

⁽¹²⁾ L'indicateur des demandes de traitement regroupe des données émanant de 29 pays et concernant des centres spécialisés dans la toxicomanie, avec une couverture de plus de 60 % des unités dans la plupart des pays, bien que, dans certains d'entre eux, le pourcentage d'unités couvertes ne soit pas connu (voir le tableau TDI-7 du bulletin statistique 2011).

⁽¹³⁾ Voir le tableau HSR-10 du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁴⁾ Des informations plus détaillées sur les différents types de traitement par substance ainsi que sur leur efficacité, leur qualité et les données probantes sont données dans les chapitres correspondants.

«Question particulière» sur le financement et le coût du traitement de la toxicomanie

En cette période d'austérité budgétaire, une attention accrue est portée à tous les aspects des dépenses publiques, y compris les coûts des traitements. Une «Question particulière» publiée cette année par l'OEDT recense les principales sources de financement du traitement de la toxicomanie dans une série de pays européens. Elle résume les données disponibles sur le montant des dépenses consacrées aux services de traitement de la toxicomanie et sur le coût d'un traitement.

Cette publication est disponible en version imprimée et sur le site de l'OEDT, en anglais uniquement.

de l'état du patient, la détection rapide des problèmes potentiels, l'orientation vers les services de santé ou les services sociaux et le soutien permanent du patient sans durée préétablie. Les médecins généralistes peuvent jouer un rôle majeur dans ce domaine. Une récente enquête française menée auprès des prestataires de services a reconnu le rôle des médecins généralistes dans la facilitation de l'accès à des soins spécialisés pour les opiomanes, tant en ce qui concerne l'envoi vers un hôpital pour entamer un traitement à la méthadone que pour la poursuite du traitement après la sortie de l'hôpital. Un autre exemple est celui du gouvernement néerlandais et des autorités locales des quatre plus grandes villes du pays, qui ont adopté une approche de traitement intégrée s'inscrivant dans une stratégie de soutien social plus large et faisant intervenir une large palette d'organismes.

Les soins continus et intégrés peuvent être soutenus par l'élaboration de protocoles de soins, de lignes directrices et de stratégies de gestion entre prestataires (Haggerty e.a., 2003). Une enquête réalisée en 2010 auprès des points focaux nationaux a constaté que seize pays ont conclu des accords de partenariat entre les services sociaux et les centres de traitement de la toxicomanie. Dans six pays (France, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Croatie), les protocoles structurés sont les mécanismes de coordination interagences les plus couramment utilisés, tandis que, dans d'autres pays, les partenariats reposent essentiellement sur des réseaux informels.

Traitement dans une structure ambulatoire

En Europe, la plupart des traitements de la toxicomanie sont dispensés dans des structures ambulatoires. Il existe des informations sur quelque 400 000 usagers de drogue ayant commencé un traitement ambulatoire spécialisé en Europe en 2009. La moitié des toxicomanes ayant entamé

un traitement (51 %) déclare consommer des opiacés, essentiellement de l'héroïne, comme drogue principale, tandis que 24 % citent le cannabis comme drogue primaire, 18 % la cocaïne et 4 % des stimulants autres que la cocaïne. La voie la plus courante vers un traitement est une décision personnelle de suivre un traitement (37 %), avant l'envoi par les services sociaux et de santé (28 %) et l'envoi par le système judiciaire (20 %). Les autres patients sont dirigés vers les centres de traitement par la famille, des amis et des réseaux informels ⁽¹⁵⁾.

Les patients entreprenant un traitement ambulatoire sont, de loin, le groupe le plus important d'usagers de drogue pour lesquels il est possible de dégager des caractéristiques personnelles et sociales et d'établir des profils de consommation. Il s'agit essentiellement de jeunes hommes, âgés en moyenne de 32 ans. On recense pratiquement quatre fois plus d'hommes que de femmes, ce qui reflète en partie la prédominance des hommes parmi les usagers de drogue les plus problématiques. Parmi les patients qui entament un traitement, les consommateurs primaires de cannabis ont près de 10 ans de moins (25 ans) que les consommateurs primaires de cocaïne (33 ans) et d'opiacés (34 ans). En moyenne, les patients les plus jeunes (25-26 ans) vivent en Pologne, en Hongrie et en Slovaquie — des pays qui ont adhéré à l'UE depuis 2004 — et les plus âgés en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas (34 ans). Les ratios hommes/femmes sont élevés pour toutes les substances, malgré des variations selon les drogues et les pays. Les ratios hommes/femmes sont généralement les plus élevés dans les pays du sud de l'Europe et les plus bas, dans les pays du nord ⁽¹⁶⁾.

Les deux modalités principales de traitement ambulatoire en Europe sont les interventions psychosociales et le traitement de substitution aux opiacés. Les interventions psychosociales comprennent des conseils, une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, une prise en charge personnalisée, des thérapies de groupe et familiale et la prévention des rechutes. Selon les pays, ce type d'intervention est essentiellement proposé par des organismes publics ou par des organisations non gouvernementales. Les interventions psychosociales proposent une aide aux consommateurs qui tentent de gérer et de résoudre leur problème de dépendance et constituent la principale modalité de traitement pour les consommateurs de stimulants tels que la cocaïne et les amphétamines. Ces interventions sont également proposées aux consommateurs d'opiacés, souvent en combinaison avec un traitement de substitution. Selon une enquête réalisée en 2008 par des experts nationaux, la

⁽¹⁵⁾ Voir les tableaux TDI-16 et TDI-19 du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁶⁾ Voir les tableaux TDI-9 (partie iv), TDI-21 et TDI-103 du bulletin statistique 2011. Pour des informations sur les patients en cours de traitement selon la drogue primaire consommée, voir les chapitres correspondants.

plupart des pays européens déclarent que des traitements psychosociaux ambulatoires sont disponibles pour les personnes qui le souhaitent. En dépit des variations considérables observées en Europe, la plupart des pays ont déclaré des temps d'attente moyens inférieurs à un mois.

La principale option des patients consommateurs d'opiacés en Europe réside dans un traitement de substitution. Il est généralement dispensé dans une structure ambulatoire, bien que, dans certains pays, il soit également disponible en milieu hospitalier et de plus en plus en milieu carcéral ⁽¹⁷⁾. En outre, les médecins généralistes permanents jouent un rôle de plus en plus important dans l'offre de ce type de traitement, souvent dans le cadre de structures d'entraide avec des centres spécialisés. Tous les États membres de l'UE ainsi que la Croatie et la Norvège proposent un traitement de substitution aux opiacés. En Turquie, un traitement de substitution par une combinaison buprénorphine-naloxone a été introduit en 2010. Dans l'ensemble, on estime à 700 000 le nombre de traitements de substitution dispensés en Europe en 2009 (voir le chapitre 6) ⁽¹⁸⁾.

Traitement en milieu hospitalier

Des données sont disponibles sur quelque 44 000 consommateurs de drogue ayant commencé un traitement en milieu hospitalier en Europe en 2009 ⁽¹⁹⁾. La moitié d'entre eux a cité les opiacés comme drogue principale (53 %), suivis par le cannabis (16 %), la cocaïne (8 %) et les stimulants autres que la cocaïne (12 %). Les patients hospitalisés sont essentiellement des hommes jeunes, dont la moyenne d'âge est de 31 ans, le ratio hommes/femmes se situant à 3/1 ⁽²⁰⁾.

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

spécialisés dans le traitement de la dépendance ou des établissements possédant des unités médicalisées ou psychiatriques.

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

Selon une enquête menée en 2008 par des experts nationaux, dans la plupart des pays européens, des services de désintoxication et de traitement psychosocial en milieu hospitalier sont disponibles pour les personnes qui le souhaitent. Les estimations fournies par les experts de seize pays sur les temps d'attente nationaux pour accéder à un traitement psychosocial en milieu hospitalier varient selon les pays. Le temps d'attente moyen déclaré est inférieur à un mois dans quatorze pays, il est de plusieurs mois en Hongrie et de vingt-cinq semaines en Norvège.

Réinsertion sociale

Le degré d'exclusion sociale des patients en cours de traitement est généralement élevé, ce qui empêche potentiellement ces personnes de parvenir à une guérison complète et sape les bénéfices du traitement. Les données sur les patients ayant entamé un traitement en 2009 montrent que la plupart d'entre eux étaient au chômage (59 %) et que près de un sur dix n'avait pas de logement stable (9 %). Une autre caractéristique courante parmi les patients en traitement est le faible niveau d'éducation, 37 % d'entre eux n'ayant achevé que l'enseignement primaire et 4 % n'ayant même pas atteint ce niveau ⁽²¹⁾. Il est de plus en plus reconnu que le développement de services de lutte contre la marginalisation et la stigmatisation augmentera la probabilité que les patients réussissent leur réinsertion sociale et améliorera leur qualité de vie (Lloyd, 2010).

La réinsertion sociale des consommateurs de drogue au sein de leurs communautés locales est reconnue comme un élément essentiel de stratégies antidrogue exhaustives qui accordent la priorité à l'amélioration des aptitudes sociales, favorisent l'éducation et

⁽¹⁷⁾ Voir la section «Aide aux usagers de drogue en milieu carcéral», p. 42.

⁽¹⁸⁾ Voir les tableaux HSR-1, HSR-2 et HSR-3 du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁹⁾ Ce chiffre doit être interprété avec prudence, car il n'inclut pas tous les usagers qui suivent temporairement un traitement en milieu hospitalier dans le cadre d'un processus de traitement plus complexe.

⁽²⁰⁾ Voir les tableaux TDI-7, TDI-10, TDI-19 et TDI-21 du bulletin statistique 2011.

⁽²¹⁾ Voir les tableaux TDI-12, TDI-13 et TDI-15 du bulletin statistique 2011.

l'employabilité et répondent aux besoins de logement. Apporter une réponse aux besoins sociaux des patients en cours de traitement peut influencer la réduction de leur consommation de drogue et soutenir une abstinence à long terme (Laudet e.a., 2009).

Vingt-deux pays européens déclarent que leur politique antidrogue nationale comporte un volet spécifique sur la réinsertion sociale ⁽²²⁾, essentiellement axé sur les besoins de logement, d'éducation et d'emploi des usagers de drogue. Les services de réinsertion sociale sont fournis soit en même temps que le traitement de la toxicomanie soit après celui-ci et reposent sur une collaboration entre les services de traitement spécialisés et les institutions sociales et de santé.

Dans l'ensemble, alors que la plupart des pays rapportent l'existence d'actions en matière de logement, d'éducation et de participation au marché du travail, les données disponibles indiquent que la fourniture de services est loin de répondre aux besoins de la population en traitement.

Logement

Assurer l'accès à un logement stable et le garder sont deux éléments essentiels du processus de réinsertion qui aident les patients à poursuivre le traitement et contribuent à la prévention des rechutes (Milby e.a., 2005).

De manière générale, en Europe, la fourniture de services visant à répondre aux besoins de logement des consommateurs de drogue en traitement est peu développée. Sur les vingt-neuf pays ayant répondu à une enquête récente, moins d'un tiers déclarent que la majorité des patients en cours de traitement pourraient avoir accès à un logement en urgence (neuf pays), à un logement temporaire (huit pays) et à des services d'aide à la vie autonome (cinq pays).

En dépit du faible niveau de services rapporté par les pays européens, la majorité d'entre eux déclarent que des logements sociaux destinés aux groupes vulnérables sont disponibles et accessibles, à des degrés divers, à des personnes suivant un traitement pour toxicomanie. Ces logements sont généralement fournis par les autorités locales ou des organisations non gouvernementales. La durée du séjour peut varier et l'admission peut être soumise à des conditions (par exemple ne pas consommer de drogue, contrôle par le personnel responsable du traitement). De plus, une série de pays ont adapté des logements pour les personnes en traitement. Ainsi, dix-huit pays déclarent fournir des logements d'urgence (par exemple des asiles de nuit, des foyers d'accueil de type «bed and breakfast») et vingt pays proposent des logements temporaires, comme des foyers de transit.

Une vie indépendante peut constituer un pas important vers la réinsertion dans la société et, dans douze pays, des patients en cours de traitement ont accès à des structures d'aide à la vie autonome, tandis que quinze pays mentionnent l'existence de programmes qui facilitent l'accès à une vie indépendante sur le marché général du logement. En France, les centres de traitement spécialisés proposent des locations à bail glissant. Selon ce système, le centre paie le loyer et sous-loue le logement au patient, qui contribue pour une petite partie du montant du loyer. Le patient est aidé pour les tâches administratives (par exemple pour le paiement des factures) et la gestion de son budget et, après un «délai de probation», le patient devient le locataire officiel.

Formation et éducation

Plusieurs approches peuvent être suivies pour répondre aux besoins éducatifs des usagers de drogue en cours de traitement. Si le système éducatif ordinaire peut être une première option, des obstacles individuels et systémiques, tels que des attentes faibles, la stigmatisation et la crainte de l'échec, peuvent empêcher la participation des patients (Lawless et Cox, 2000). Onze pays déclarent qu'il existe des programmes de soutien destinés à faciliter l'accès des patients en traitement à l'enseignement ordinaire. De plus, quinze pays indiquent que les patients en traitement peuvent accéder à des programmes éducatifs destinés aux groupes socialement vulnérables.

La formation technique ou professionnelle aide les personnes à acquérir les compétences pratiques nécessaires pour trouver un emploi dans un secteur ou une branche particulière et aboutit généralement à une qualification professionnelle. Dans la plupart des pays (20), les patients suivent une formation professionnelle dans le cadre de mesures destinées aux groupes socialement vulnérables. Dans seize pays, il existe également des formations professionnelles spécifiquement conçues pour les toxicomanes en traitement.

Emploi

L'employabilité est un concept essentiel pour la réinsertion sociale et un certain nombre de pays européens tiennent compte des besoins d'emploi des usagers de drogue dans leurs stratégies nationales en faveur de l'emploi. Les mesures visant à renforcer l'employabilité peuvent s'intéresser à l'aspect psychologique (développement personnel, confiance en soi, estime de soi, capacités d'adaptation, par exemple) et peuvent apporter aux usagers de drogue en voie de guérison un autre groupe de pairs et de nouvelles compétences afin de les aider

⁽²²⁾ La Lituanie et l'Autriche n'avaient pas de stratégie antidrogue nationale à l'époque de l'enquête.

à réussir leur réinsertion dans la communauté en général. Dans quinze pays, l'employabilité des patients en traitement est mentionnée comme un objectif ordinaire typique des protocoles de soins individuels.

Il est démontré que l'emploi et le renforcement de l'employabilité améliorent les résultats des traitements de la toxicomanie (Kaskutas e.a., 2004), ont un impact positif sur la santé et la qualité de vie et réduisent la criminalité (Gregoire et Snively, 2001). Des systèmes de soutien, comme le marché du travail intermédiaire qui propose un travail rémunéré dans des emplois temporaires spécialement créés, peuvent contribuer à combler le fossé entre le chômage de longue durée et un emploi sur le marché du travail ouvert. Ces systèmes s'adressent généralement à des personnes défavorisées (par exemple par l'intermédiaire d'entreprises créées pour occuper des personnes handicapées ou socialement exclues) et peuvent englober du travail rémunéré et du bénévolat.

Vingt pays déclarent que des mesures visant le marché du travail intermédiaire et destinées à des groupes socialement vulnérables sont également accessibles à des personnes en traitement. Dans onze pays, ces interventions sont spécifiquement destinées aux patients en traitement. Ainsi, en Irlande, *Ready for Work* aide les sans-abri, y compris les consommateurs de drogue, à suivre une formation ou à trouver un emploi en leur donnant une formation préalable à l'emploi, une expérience de travail non rémunéré et un soutien de suivi. Les patients en traitement peuvent également bénéficier d'autres initiatives, comme l'emploi subventionné, qui aide les personnes handicapées ou d'autres groupes défavorisés à trouver et à conserver un emploi rémunéré. Si dix-sept pays déclarent que les mesures d'emploi subventionné sont accessibles aux patients en traitement, quatre seulement font état de niveaux de fourniture suffisants.

Réduction des risques

La prévention et la réduction des risques liés à la drogue sont un objectif de santé publique dans tous les États membres et font partie intégrante de la stratégie antidrogue de l'UE ⁽²³⁾. La planification des services dispose désormais d'études portant sur les preuves scientifiques des interventions de réduction des risques ainsi que d'études montrant l'impact combiné de ces interventions (OEDT, 2010b) ⁽²⁴⁾.

Les principales mesures en la matière sont le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange

d'aiguilles et de seringues, qui ciblent les décès par surdose et la propagation des maladies infectieuses. Tous les pays déclarent disposer de ces mesures, à l'exception de la Turquie. Ces vingt dernières années, l'Europe a assisté au renforcement et à la consolidation des mesures de réduction des risques et à leur intégration dans divers autres services sociaux et de santé. De la priorité initiale accordée à la fin des années 1980 à l'épidémie de VIH/sida, la réduction des risques s'est développée pour couvrir les besoins sociaux et de santé des usagers de drogue à problèmes, en particulier ceux qui sont exclus socialement.

En 2009, le nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution a augmenté dans la majorité des pays ⁽²⁵⁾. En outre, la Bulgarie, la République tchèque, la Grèce, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, la Pologne, la Roumanie et la Croatie ont enregistré une hausse de l'utilisation des structures de réduction des risques à bas seuil, et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues se sont étendus géographiquement en Hongrie.

La plupart des pays européens proposent un éventail d'autres services sociaux et de santé, couvrant une évaluation individuelle des risques et des conseils personnalisés, des informations ciblées et une éducation à une consommation plus sûre. La distribution de matériel d'injection autre que des aiguilles et des seringues, la promotion de l'utilisation du préservatif parmi les usagers de drogue par injection, des tests de dépistage des maladies infectieuses et des conseils en la matière, des traitements antirétroviraux et la vaccination contre les hépatites virales se sont développés ces dernières années. Les modélisations suggèrent que la fourniture des interventions dont le potentiel est le plus élevé (programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, traitements de substitution et traitements antirétroviraux) à une part significative de la population cible et sur une période étendue réduit la transmission du VIH parmi les usagers par injection. Elles montrent également que l'efficacité est la plus grande lorsque les niveaux d'infection sont encore faibles (Degenhardt e.a., 2010).

Une étude pluridisciplinaire des preuves que les mesures de réduction des risques font baisser le risque d'infections parmi les usagers de drogue a été menée en 2010 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale français (Inserm). Cette étude a analysé la littérature scientifique relative aux aspects médicaux, épidémiologiques, sociologiques, économiques et de santé publique de la réduction des risques et a organisé

⁽²³⁾ COM(2007) 199 final.

⁽²⁴⁾ Voir également le portail consacré aux meilleures pratiques.

⁽²⁵⁾ Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2011 et le chapitre 6.

des réunions d'experts et des débats publics. Le rapport «Expertise collective» recommande que les politiques de réduction des risques soient considérées comme faisant partie intégrante d'une stratégie plus vaste de réduction des inégalités en matière de santé. Par ailleurs, les services doivent être intégrés dans d'autres services de traitement de la toxicomanie afin d'assurer la continuité des soins. Bien que la priorité demeure la prévention de l'usage de drogue et du passage à la consommation par injection, les usagers par injection devraient pouvoir réduire les risques liés à cette pratique. Le rapport recommande que, tout comme pour les interventions médicales et sociales, des mesures de réduction des risques soient intégrées dans des plans d'assistance personnalisés.

Participation des usagers de drogue

Le concept de participation des usagers des services à la politique de santé a pris de l'importance en 1986 avec l'adoption d'un nouveau programme en faveur de la santé publique et de la fourniture de soins de santé dans la charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé. La participation active des usagers de drogue dans la conception des services antidrogue remonte toutefois aux années 1970, époque où ce concept a vu le jour aux Pays-Bas.

Plus récemment, une nouvelle étape a été franchie afin de faciliter la participation des organisations d'usagers de drogue aux niveaux national et européen lorsque le réseau européen de réduction des risques (European Harm Reduction Network) a commencé à dresser l'inventaire des organisations d'usagers de drogue en Europe.

La participation des usagers de drogue varie sur le plan de la forme et poursuit des objectifs différents (Bröring et Schatz, 2008). Elle peut prendre la forme d'études sur l'accessibilité et la qualité des services auprès des usagers, la collecte d'avis des usagers sur le recrutement du personnel, la réunion de groupes cibles afin de développer de nouveaux domaines de services et l'inclusion des organisations d'usagers dans la promotion de la santé et l'élaboration des politiques antidrogue. Les organisations d'usagers de drogue s'occupent souvent de soutien par les pairs, d'éducation à la prévention des maladies infectieuses et de production de documents d'information qui soutiennent la création de réseaux et contribuent à sensibiliser le public aux principaux problèmes que rencontrent les usagers de drogue (Hunt e.a., 2010). Faire participer les usagers peut constituer une manière pragmatique et éthique de garantir la qualité et l'acceptabilité des services. Cependant, pour permettre aux usagers de drogue de contribuer et garantir le succès de leur participation, un soutien adéquat est indispensable.

Voir également le site du réseau européen de réduction des risques.

Assurance qualité

La plupart des pays européens entreprennent diverses activités destinées à garantir la qualité des interventions et des services de traitement de la toxicomanie. Parmi ces activités figurent l'élaboration de lignes directrices sur les traitements, l'évaluation comparative des services, la formation du personnel et les processus de certification de la qualité et d'accréditation.

Normes de qualité en Europe

L'étude EQUUS, commandée par la Commission européenne, a pour but de dégager un consensus parmi les experts et les parties prenantes au niveau européen sur les normes de qualité existantes pour les mesures de réduction de la demande. Cela inclut l'élaboration d'une définition plus claire des normes minimales, qui a été utilisée pour couvrir tout à la fois les recommandations fondées sur des preuves et les procédures organisationnelles. L'étude EQUUS tente de dissiper cette confusion et distingue trois types de normes, à savoir les normes structurelles (comme l'environnement physique, l'accessibilité, la composition et la qualification du personnel), les normes du processus (comme la planification personnalisée, la coopération avec d'autres organismes et le maintien à jour du dossier des patients) et les normes de résultats (satisfaction du patient et du personnel, détermination et mesure des objectifs du traitement). Les résultats de l'étude devraient être disponibles à la fin de 2011 et la Commission européenne s'en servira pour dégager un consensus à l'échelle de l'UE qu'elle présentera au Conseil en 2013 ⁽²⁶⁾.

Éducation et formation du personnel

L'éducation et la formation continues du personnel en matière de toxicomanies sont des activités essentielles pour la garantie de la qualité des services. Les résultats d'une récente collecte de données ad hoc font apparaître que des programmes spécifiques de formation sur la toxicomanie existent dans les vingt-sept pays déclarants et qu'ils s'adressent principalement au personnel médical et infirmier, aux psychologues et aux travailleurs sociaux. Alors que certains pays ont organisé des cours spécialisés de niveau universitaire, d'autres proposent des cours de troisième cycle ou de formation permanente. Les activités d'éducation et de formation les plus structurées et les mieux développées se situent dans le domaine médical. Trois pays déclarent avoir créé une spécialité médicale consacrée à la toxicomanie. La République tchèque a introduit la spécialisation en toxicomanies en 1980 et la profession non médicale d'«addictologue» en 2008; en 2007, un module de spécialisation de deux ans en addictologie

⁽²⁶⁾ Voir le portail consacré aux meilleures pratiques pour de plus amples informations.

s'est ouvert aux Pays-Bas; l'Allemagne a développé des cours de troisième cycle sur les conseils relatifs à la consommation de drogue et à l'addiction et un module sur le traitement avec prescription d'héroïne. Les preuves de l'efficacité d'approches telles que «la formation médicale permanente» demeurent limitées et non concluantes. Une approche récente et plus interactive, connue sous le nom de «développement professionnel continu» (Horsley e.a., 2010), a été proposée et consiste à former des médecins à diverses compétences, dont la communication, la gestion et la promotion de la santé, mais elle doit encore être éprouvée.

Répression antidrogue et infractions liées à la drogue

La répression antidrogue constitue un volet important des politiques nationales et communautaires de lutte contre la drogue et englobe une large palette de mesures essentiellement mises en œuvre par la police et des institutions similaires (comme les douanes). Parmi ces mesures, les opérations d'infiltration sont brièvement analysées ci-après. Les données relatives aux activités répressives de lutte contre la drogue sont souvent moins nombreuses et moins accessibles que les informations se rapportant à d'autres aspects de la politique antidrogue. Une exception notable concerne les données sur les infractions liées à la drogue, qui sont examinées à la fin de cette section.

Opérations d'infiltration

Parmi les priorités premières de l'actuel plan antidrogue de l'UE en matière de réduction de l'offre, on peut citer l'aboutissement des poursuites des auteurs d'infractions graves liées à la drogue et le démantèlement des réseaux organisés d'approvisionnement en drogue. Il s'agit d'un défi pour les autorités répressives, dans la mesure où la plupart des infractions à la législation antidrogue ne seront détectées que grâce à des opérations répressives proactives (OEDT, 2009a). Tel est notamment le cas des infractions graves impliquant des grossistes et des intermédiaires du trafic de drogue, qui sont généralement le fait d'organisations criminelles et d'individus extrêmement discrets.

En réponse à la criminalité grave liée à la drogue, les autorités répressives européennes recourent de plus en plus à des techniques d'infiltration, comprenant à la fois la technologie, comme les écoutes téléphoniques ou la surveillance électronique, et des opérations d'infiltration d'agents. Ces opérations peuvent faire intervenir des policiers (agents infiltrés) et des personnes privées placées

sous surveillance policière (informateurs). Leur déploiement est autorisé par la loi dans les 27 États membres de l'UE.

Les opérations d'infiltration dirigées contre des réseaux de trafic de drogue ont pour but de recueillir des informations fiables sur l'identité et le rôle des différents membres du réseau, d'identifier les routes de contrebande, les destinations et les lieux d'entreposage et de découvrir le lieu et le moment des livraisons de drogue. Les agents ou les informateurs doivent souvent infiltrer des réseaux criminels, qui cultivent généralement le secret vis-à-vis des étrangers et compartimentent les informations. Les renseignements rassemblés concernent essentiellement le fonctionnement des réseaux et le rôle de leurs membres.

Les opérations d'infiltration soulèvent des difficultés juridiques, en particulier en ce qui concerne la provocation. La Cour européenne des droits de l'homme a énoncé des principes de base concernant l'utilisation d'agents provocateurs dans un arrêt de 1998 (Teixeira de Castro/Portugal) (Cour européenne des droits de l'homme, 1998). Selon cet arrêt, le recours à des techniques d'infiltration d'agents ne doit pas violer le droit à un procès équitable et les autorités répressives ne doivent donc pas exercer une influence de nature à inciter à commettre une infraction qui, sans cela, n'aurait pas été commise. Les autorités répressives doivent donc nourrir des «soupçons objectifs» à propos d'individus ciblés avant de recourir à des techniques d'infiltration. Dans la plupart des États membres, la loi interdit la provocation de tiers à commettre un crime.

Des dispositions nationales administratives et législatives encadrent les opérations d'infiltration et ont pour but de garantir à la fois le respect de l'État de droit et la sécurité des agents infiltrés. Les législations nationales et leurs règlements d'application diffèrent, mais proposent généralement un cadre général, précisé dans des règlements d'application qui sont rarement rendus publics. D'autres informations, comme le nombre d'opérations menées chaque année, ne sont généralement pas publiées non plus. Cependant, la recherche a montré que 34 opérations d'infiltration ont été réalisées aux Pays-Bas en 2004, dont 12 ont contribué à des investigations ou à des procès (Kruisbergen e.a., 2011).

Dans la plupart des États membres de l'UE, une autorité judiciaire doit donner son autorisation avant qu'une opération d'infiltration soit lancée et, dans la majorité des cas, les opérations doivent être supervisées par une instance supérieure, généralement le procureur ou un tribunal. Treize États membres précisent les principes de proportionnalité et de subsidiarité, en vertu desquels l'intervention doit être proportionnée par rapport à l'infraction liée à la drogue faisant l'objet de l'enquête,

laquelle doit être suffisamment grave pour justifier une opération d'infiltration. En outre, avant de mener une telle opération, il doit être évident qu'aucune autre action répressive moins intrusive ne serait aussi efficace.

Le recours à l'infiltration, y compris de fausses pièces d'identité et des «organisations de façade» créées pour fournir une occupation et une source de revenus crédibles aux agents infiltrés, est autorisé par la loi dans la majorité des États membres.

Diverses techniques d'infiltration sont utilisées. Ainsi, de faux achats de drogue permettent essentiellement d'arrêter des individus en train de vendre des substances illicites. Les livraisons surveillées sont une technique permettant le transport de marchandises illicites à l'intérieur d'un pays et entre plusieurs pays, en connaissance de cause et sous la surveillance des autorités compétentes. Les marchandises peuvent être des drogues ou des précurseurs chimiques, des armes, des cigarettes, de l'argent provenant d'activités illégales, voire des êtres humains. En Europe, la majorité des livraisons surveillées se rapporte à de la drogue (Conseil de l'Union européenne, 2009) et, selon la législation nationale en vigueur, elles peuvent être escortées par des agents ou des informateurs infiltrés ou être placées sous surveillance technologique ⁽²⁷⁾.

Formation de la police européenne

Le Collège européen de police (CEPOL) est une agence de l'Union européenne qui fonctionne comme un réseau des instituts nationaux de formation de la police. L'une de ses tâches principales consiste à organiser une centaine d'activités de formation chaque année, principalement destinées aux hauts responsables des services de police, sur des sujets importants intéressant les forces européennes de police. L'objectif général est de promouvoir une approche européenne commune des questions se rapportant aux forces de police.

Afin de soutenir ses propres activités de formation ainsi que celles des États membres de l'UE, le CEPOL a élaboré un cursus commun pour différents groupes cibles, comme les hauts responsables des services de police, les enquêteurs et les gestionnaires de dossiers, mais aussi des représentants des gouvernements nationaux et des académies de police. Le programme commun de cours sur le trafic de drogue donne un aperçu de la situation internationale et de la législation antidrogue et fournit des informations de base sur les substances illicites, la coopération internationale, les stratégies policières existantes et les options tactiques spécifiques à un crime particulier, comme les opérations clandestines et les défis à relever, tels que la criminalité liée à la drogue, mais aussi la prévention de la toxicomanie et la réduction de la demande de drogue.

Infractions liées à la drogue

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

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

Dans l'ensemble, la hausse du nombre d'infractions signalées à la législation antidrogue, qui avait été observée les années précédentes, s'est ralentie en 2009. Tiré à partir des données fournies par vingt et un États membres représentant 95 % de la population de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, un indice européen fait apparaître que le nombre d'infractions signalées à la législation antidrogue a augmenté d'environ 21 % entre 2004 et 2009. Si l'on tient compte de tous les pays déclarants, les données révèlent une tendance à la hausse dans dix-huit pays et une stabilisation ou un recul global dans onze pays au cours de la période considérée ⁽²⁹⁾.

Infractions liées à la consommation et à la fourniture de drogues

L'équilibre entre les infractions liées à la consommation et celles liées à l'offre a peu évolué par rapport aux années précédentes. En 2009, dans la plupart des pays européens (22), la majorité des infractions liées à la drogue concernait l'usage ou la détention de drogues pour consommation personnelle, l'Estonie, l'Espagne, la France, la Hongrie,

⁽²⁷⁾ Pour un aperçu des aspects juridiques des livraisons surveillées en Europe, voir la base de données juridique européenne sur les drogues.

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

⁽²⁹⁾ Voir le graphique DLO-1 et le tableau DLO-1 du bulletin statistique 2011.

l'Autriche et la Norvège déclarant les chiffres les plus élevés (entre 81 et 92 %) ⁽³⁰⁾.

La hausse du nombre d'infractions liées à la drogue enregistrée les années précédentes s'est ralentie en 2009. Entre 2004 et 2009, le nombre d'infractions à la législation antidrogue liées à la consommation a augmenté dans quinze pays déclarants, avec une baisse enregistrée uniquement en Bulgarie, en Allemagne, en Estonie, à Malte, en Autriche et en Norvège pour la période considérée. Globalement, le nombre d'infractions liées à la consommation dans l'Union européenne a grimpé d'environ 29 % entre 2004 et 2009.

Les infractions liées à l'offre de drogue sont restées stables depuis 2007, bien que la tendance sur la période 2004-2009 montre une hausse estimée d'environ 7 % dans l'Union européenne. Au cours de cette période, le nombre d'infractions liées à la consommation a connu une augmentation dans quinze pays et une baisse globale dans trois autres ⁽³¹⁾.

Tendances par drogue

Le cannabis reste la drogue illicite la plus souvent mentionnée dans les infractions liées à la drogue déclarées en Europe ⁽³²⁾. Dans la majorité des pays européens, les infractions liées au cannabis représentaient entre 50 et 75 % des cas signalés d'infractions à la législation antidrogue en 2009. Les infractions liées à d'autres drogues sont supérieures à celles liées au cannabis dans trois pays seulement: la République tchèque et la Lettonie, avec la méthamphétamine (57 % et 33 %, respectivement), et Malte, avec la cocaïne (36 %).

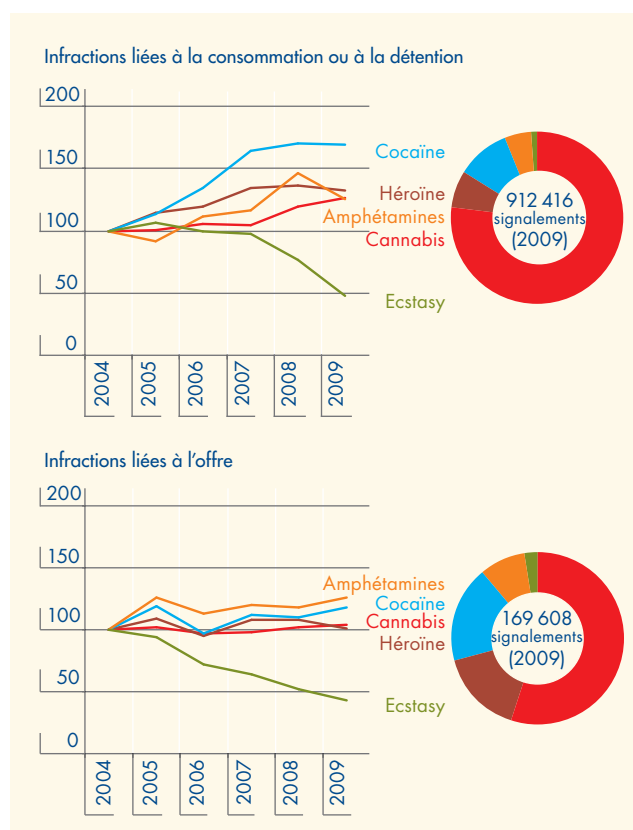
Entre 2004 et 2009, le nombre d'infractions liées au cannabis a augmenté dans onze pays déclarants, ce qui s'est traduit par une hausse estimée à 20 % pour l'Union européenne (voir le graphique 4). Des tendances à la baisse ont été constatées en France, en Italie, à Chypre, à Malte et aux Pays-Bas ⁽³³⁾.

Au cours de la période comprise entre 2004 et 2009, les infractions liées à la cocaïne ont augmenté dans onze pays déclarants, alors que la Bulgarie, l'Allemagne, l'Italie, l'Autriche et la Croatie ont observé une tendance à la baisse. Dans l'Union européenne, globalement, les infractions liées à la cocaïne ont progressé d'environ 39 % au cours de la même période, avec un tassement au cours des deux dernières années ⁽³⁴⁾.

En 2009, le nombre d'infractions liées à l'héroïne a légèrement décliné. Les chiffres pour l'UE ont progressé de 22 % au cours de la période 2004-2009. Une hausse du nombre d'infractions liées à l'héroïne a été constatée dans onze pays déclarants, tandis que la Bulgarie, l'Allemagne, Malte, les Pays-Bas et l'Autriche enregistraient un recul au cours de la même période ⁽³⁵⁾.

Le nombre d'infractions liées aux amphétamines déclarées dans l'Union européenne a légèrement baissé en 2009, bien que la tendance générale depuis 2004 fasse apparaître une hausse générale estimée à 16 %. En revanche, le nombre d'infractions liées à l'ecstasy a diminué de moitié sur la même période (chute de 54 %).

Graphique 4: Rapports de signalement des infractions liées à la consommation ou à la détention de drogue et à l'offre de drogue dans les États membres de l'UE: tendances indexées pour la période 2004-2009 et ventilation par drogue des signalements en 2009



NB: Les tendances représentent les informations disponibles sur le nombre national de rapports de signalement d'infractions liées à la drogue (passibles de poursuites pénales ou non) déclarés dans les États membres de l'UE; toutes les séries sont indicées en base 100 pour 2004 et pondérées par la taille de la population nationale pour dégager une tendance globale pour l'UE. Pour de plus amples informations, voir les graphiques DLO-4 et DLO-5 du bulletin statistique 2011.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

⁽³⁰⁾ Voir le tableau DLO-2 du bulletin statistique 2011.

⁽³¹⁾ Voir le graphique DLO-1 et le tableau DLO-5 du bulletin statistique 2011.

⁽³²⁾ Voir le tableau DLO-3 du bulletin statistique 2011.

⁽³³⁾ Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-6 du bulletin statistique 2011.

⁽³⁴⁾ Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-8 du bulletin statistique 2011.

⁽³⁵⁾ Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-7 du bulletin statistique 2011.

Élaboration d'indicateurs sur les marchés de la drogue, la criminalité et la réduction de l'offre en Europe

Le renforcement du contrôle de l'offre de substances illicites en Europe est l'une des priorités de la stratégie et du plan d'action antidrogue de l'UE actuellement en vigueur. À la suite de la publication d'un document de travail de la Commission européenne sur l'amélioration de la collecte de données sur l'offre de drogue en octobre 2010 ⁽¹⁾, la première conférence européenne sur les indicateurs de l'offre de drogue, organisée conjointement par la Commission européenne et l'OEDT, a engagé un processus destiné à élaborer des indicateurs pour le contrôle de l'offre de drogue en Europe ⁽²⁾.

Le cadre conceptuel général du contrôle de l'offre de substances illicites en Europe comprendra trois volets: les marchés de la drogue, la criminalité liée à la drogue et la réduction de l'offre de drogue. Trois groupes de travail, soutenus par l'OEDT, établiront une feuille de route pour chacun de ces volets en 2011, en se concentrant sur les objectifs de contrôle à court, moyen et long terme. Le potentiel de normalisation, d'extension et d'amélioration des systèmes existants de collecte de données sera étudié dans chacun de ces domaines et une recherche ciblée sera menée.

En ce qui concerne les marchés de la drogue, les activités futures seront axées sur l'amélioration des séries de données relatives au prix et à la pureté de la drogue et sur le potentiel des données de médecine légale. Le développement d'un instrument européen standard de contrôle des infractions liées à la drogue et d'indicateurs relatifs à la production intra-européenne de drogue sera prioritaire en ce qui concerne le volet se rapportant à la criminalité liée à la drogue, tout comme pour la définition des priorités de la recherche. Les services de police et les autorités judiciaires joueront un rôle central dans le contrôle de la réduction de l'offre de drogue. Les travaux relatifs à ce secteur peu étudié débiteront par un exercice de cartographie afin de disposer d'une vue d'ensemble des activités de réduction de l'offre de drogue en Europe. L'existence, le rôle et les pratiques des unités spécialisées dans la répression antidrogue constitueront un point de départ et une enquête sera lancée par l'OEDT en 2011.

⁽¹⁾ SEC(2010) 1216 final (disponible en ligne).

⁽²⁾ Les conclusions de la conférence sont disponibles en ligne (en anglais).

Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral

Dans l'Union européenne, le pourcentage de détenus condamnés pour des infractions à la législation antidrogue varie entre 3 et 53 %, la moitié des pays déclarant des taux compris entre 9 et 25 % ⁽³⁶⁾. Ces chiffres n'incluent pas les

personnes condamnées pour des crimes liés à l'acquisition de drogues et commis pour satisfaire leur dépendance ou d'autres infractions liées à la drogue.

Consommation de drogue au sein de la population carcérale

On constate encore un manque de normalisation des méthodologies utilisées dans les études sur la consommation de drogue au sein de la population carcérale (Carpentier e.a., 2011), bien que les études existantes montrent que la prévalence de la consommation de drogue reste plus élevée parmi les détenus qu'au sein de la population générale. Les données de plusieurs études menées depuis 2006 font apparaître des variations considérables de la prévalence de la consommation de drogue parmi les détenus. Ainsi, dans certains pays, à peine 8 % des répondants déclaraient avoir déjà consommé de la drogue avant leur incarcération et 65 % dans d'autres. Les études indiquent également que les formes les plus dommageables de toxicomanie pourraient être concentrées chez les détenus, entre 5 et 31 % des personnes interrogées déclarant s'être déjà injecté de la drogue ⁽³⁷⁾.

Lors de l'admission en prison, la plupart des consommateurs réduisent ou cessent leur consommation de drogue, principalement en raison des difficultés liées à l'acquisition des substances. Néanmoins, il est reconnu que des drogues illicites entrent dans la plupart des prisons en dépit de toutes les mesures prises pour réduire l'approvisionnement. Les études réalisées depuis 2006 estiment que la consommation de drogue en prison varie de 1 à 51 % des détenus. La drogue la plus fréquemment consommée par les détenus est le cannabis, généralement suivi par la cocaïne et l'héroïne ⁽³⁸⁾. La prison peut être un cadre d'initiation à la consommation de drogue ou au passage à des formes de consommation plus dangereuses. Ainsi, une étude belge réalisée en 2008 a conclu que plus d'un tiers des prisonniers consommateurs de drogue avaient commencé à en consommer pendant leur détention, l'héroïne étant la drogue la plus fréquemment citée (Totds e.a., 2009). Les usagers de drogue par voie intraveineuse en détention semblent partager plus souvent leur matériel d'injection que ceux qui ne sont pas incarcérés, ce qui soulève des inquiétudes quant à la propagation potentielle des maladies infectieuses au sein de la population carcérale.

VIH et hépatites virales parmi les usagers de drogue par injection en milieu carcéral

Les données relatives à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogue par injection en milieu carcéral

⁽³⁶⁾ Le 1^{er} septembre 2009, plus de 640 000 personnes étaient détenues dans des établissements pénitentiaires dans l'Union européenne. Les données relatives aux statistiques pénales européennes sont disponibles sur le site du Conseil de l'Europe.

⁽³⁷⁾ Voir les tableaux DUP-1, DUP-2 et DUP-105 du bulletin statistique 2011.

⁽³⁸⁾ Voir les tableaux DUP-3 et DUP-105 du bulletin statistique 2011.

sont rares en Europe. Ces données ne sont notamment pas disponibles pour les pays déclarant les niveaux de prévalence de l'infection les plus élevés pour la consommation de drogue par injection. De manière générale, dans les huit pays ayant fourni des données depuis 2004 (Bulgarie, République tchèque, Espagne, Hongrie, Malte, Finlande, Suède, Croatie) ⁽³⁹⁾, la prévalence du VIH ne diffère pas sensiblement entre les usagers de drogue par injection en milieu carcéral et ceux vivant ailleurs dans le pays, bien que cela puisse être dû en partie aux limitations des données. La prévalence du VIH parmi les détenus consommateurs de drogue par injection était faible (0 à 7,7 %) dans sept pays, mais l'Espagne a fait état d'une prévalence de 39,7 %. Huit pays ont fourni des données sur la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) parmi les usagers de drogue par injection en milieu carcéral, où elle est comprise entre 11,5 % (Hongrie) et 90,7 % (Luxembourg). En République tchèque, au Luxembourg et à Malte, la prévalence du VHC semble supérieure parmi les usagers de drogue par injection testés en prison que parmi ceux dépistés dans d'autres endroits. Des données sur l'infection par le VHB (antigène de surface de l'hépatite B) parmi les usagers incarcérés sont disponibles pour quatre pays: la Bulgarie (11,6 % en 2006), la République tchèque (15,1 % en 2010), la Hongrie (0 % en 2009) et la Croatie (0,5 % en 2007).

La santé en milieu carcéral en Europe

Les détenus ayant des antécédents d'injection de drogue, notamment, ont souvent des besoins multiples et complexes en termes de santé et nécessitent une approche pluridisciplinaire et des soins spécialisés. Les détenus ont droit aux services de santé disponibles dans le pays, sans discrimination fondée sur leur situation juridique ⁽⁴⁰⁾, et les services de soins en prison sont censés pouvoir assurer un traitement des problèmes liés à la consommation de drogue dans des conditions comparables à celles proposées à l'extérieur des prisons (CPT, 2006). Bien que ce principe général d'équivalence soit reconnu par l'Union européenne dans la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie ⁽⁴¹⁾ et que le plan d'action drogue actuel de l'UE (2009-2012) appelle à sa mise en œuvre, la prestation des services de santé en milieu carcéral est souvent à la traîne par rapport à ceux existant dans la communauté.

Aide aux usagers de drogue en milieu carcéral

En Europe, les prisonniers ont accès à une variété de services en rapport avec la consommation de drogue et les problèmes qu'elle entraîne. Ces services comprennent des informations sur la drogue et la santé, des soins de santé pour les maladies infectieuses, des cures de désintoxication et le traitement de la dépendance à la drogue, combiné à une assistance psychosociale, des mesures de réduction des risques et la préparation à la sortie ⁽⁴²⁾.

La plupart des pays ont créé des partenariats interagences entre les services pénitentiaires de santé et des prestataires de soins de la communauté, y compris des organisations non gouvernementales, afin de fournir une éducation à la santé et un traitement en milieu carcéral et de garantir la continuité des soins après la sortie. Plusieurs pays européens ont franchi un pas de plus et ont placé la santé en milieu carcéral sous la responsabilité du ministère de la santé ou fait en sorte que les soins de santé soient dispensés par les services de santé publique afin de réduire les inégalités sur le plan de la santé. Des pionniers en la matière ont été la Norvège et la France, suivies par la Suède, l'Italie, l'Angleterre et le pays de Galles et la Slovénie. Cette réforme est actuellement en cours en Écosse et en Espagne.

Le traitement de substitution aux opiacés est de plus en plus accepté dans la communauté en général, mais son adoption en milieu carcéral a été lente et la couverture est extrêmement variable ⁽⁴³⁾. En 2009, les usagers de drogue bénéficiant d'un traitement de substitution dans 6 États membres de l'UE (Estonie, Grèce, Chypre, Lettonie, Lituanie, Slovaquie) n'ont pas pu poursuivre le traitement après leur arrestation. La continuité et la cohérence du traitement de la toxicomanie administré dans la communauté et en prison, et inversement, sont particulièrement importantes, étant donné le nombre élevé de décès par surdose après la libération (Merrall e.a., 2010).

L'hépatite C dans la population carcérale est un problème croissant de santé publique en Europe et des programmes spécifiques de dépistage existent en Belgique, en Bulgarie, en France, dans certains Länder allemands, en Lituanie, au Luxembourg, en Hongrie et en Finlande. En dépit de l'importance du dépistage de ces infections lors de l'incarcération (Sutton e.a., 2006) et de la rentabilité avérée de la fourniture d'un traitement contre le VHC en milieu carcéral (Tan e.a., 2008), de nombreux détenus ne sont ni dépistés ni traités.

⁽³⁹⁾ Voir le tableau INF-117 du bulletin statistique 2011 et les rapports nationaux Reitox de Malte (2005) et de la République tchèque (2010).

⁽⁴⁰⁾ Assemblée générale des Nations unies, résolution A/RES/45/111 intitulée «Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus» [disponible en ligne].

⁽⁴¹⁾ JO L 165 du 3.7.2003, p. 31.

⁽⁴²⁾ Voir le tableau HSR-7 du bulletin statistique 2011.

⁽⁴³⁾ Voir le tableau HSR-9 du bulletin statistique 2011.



Chapitre 3 Cannabis

Introduction

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

Offre et disponibilité

Production et trafic

Le cannabis peut être cultivé dans des environnements très divers et pousse à l'état sauvage dans de nombreuses régions du monde. On estime à 172 le nombre de pays et territoires où la plante est cultivée (ONU DC, 2009). La difficulté de fournir des chiffres précis sur la production mondiale de cannabis est reconnue dans les estimations les plus récentes de l'ONU DC, qui estime que la production mondiale de cannabis végétal s'est établie entre 13 300 et 66 100 tonnes en 2008 et celle de résine de cannabis, entre 2 200 et 9 900 tonnes.

La culture du cannabis est répandue en Europe et semble en hausse. Les vingt-neuf pays européens qui fournissent des informations à l'OEDT ont fait état d'une culture domestique de cannabis, bien que l'ampleur et la nature du phénomène semblent très variables. Une part importante du cannabis consommé en Europe pourrait

Tableau 3: Saisies, prix et puissance du cannabis végétal et de la résine de cannabis

	Résine de cannabis	Cannabis végétal	Plants de cannabis ⁽¹⁾
Quantité totale saisie dans le monde	1 261 tonnes	6 022 tonnes	Pas d'application
Quantité saisie UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	584 tonnes (594 tonnes)	57 tonnes (99 tonnes)	1,4 million de plants et 42 tonnes (1,4 million de plants et 42 tonnes) ⁽²⁾
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	400 000 (405 000)	324 000 (354 000)	25 000 (25 100)
Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme)			
Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽³⁾	3-19 (6,8-10,2)	2-70 (6,3-10,9)	Pas d'application Pas d'application
Puissance moyenne (teneur en THC – %)			
Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽³⁾	3-17 (4,3-11,5)	1-15 (4,4-8,9)	Pas d'application Pas d'application

⁽¹⁾ Les pays déclarent la quantité saisie soit en tant que nombre de plants saisis, soit en poids; les totaux des deux quantités sont présentés dans ce tableau.

⁽²⁾ Le nombre total de plants de cannabis saisis en 2009 est probablement sous-estimé, en grande partie en raison de l'absence de données récentes pour les Pays-Bas, pays qui a déclaré des saisies relativement importantes jusqu'en 2007. En l'absence de données pour 2008 et 2009, les valeurs pour les Pays-Bas ne peuvent pas être incluses dans les estimations européennes pour 2009.

⁽³⁾ Intervalle contenant la moitié médiane des données déclarées.

NB: Toutes les données se rapportent à 2009.

Sources: ONU DC (2011) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

toutefois résulter d'un trafic intrarégional. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (2011b) considère que l'Albanie, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, la Bulgarie, la Moldavie, le Monténégro, la Serbie et l'Ukraine sont les sources d'importation du cannabis consommé en Europe centrale et orientale.

Le cannabis végétal qu'on trouve en Europe est également importé, essentiellement d'Afrique (par exemple du Ghana, d'Afrique du Sud et d'Égypte) et dans une moindre mesure d'Amérique (en particulier des îles Caraïbes), du Moyen-Orient (Liban) et d'Asie (Thaïlande).

Une étude récente suggère que l'Afghanistan aurait remplacé le Maroc comme premier producteur de résine de cannabis. La production afghane de résine de cannabis est estimée entre 1 200 et 3 700 tonnes par an (ONUUDC, 2011). Bien qu'une partie de la résine de cannabis produite en Afghanistan soit vendue en Europe, il est probable que le Maroc reste le principal fournisseur de cette drogue en Europe. La résine de cannabis produite au Maroc est généralement introduite clandestinement en Europe via la péninsule Ibérique, les Pays-Bas et la Belgique jouant le rôle de centre secondaire de distribution et de stockage (Europol, 2011).

Saisies

En 2009, on estime à 6 022 tonnes de cannabis végétal et à 1 261 tonnes de résine de cannabis les volumes saisis à l'échelle mondiale (voir le tableau 3), ce qui constitue une hausse globale d'environ 11 % par rapport à l'année précédente. L'Amérique du Nord reste en tête en ce qui concerne les saisies de cannabis végétal (70 %), alors que les saisies de résine restent concentrées en Europe occidentale et centrale (48 %) (ONUUDC, 2011).

En Europe, on estime à 354 000 le nombre de saisies de cannabis végétal, soit 99 tonnes, effectuées en 2009, la Turquie en ayant saisi plus du tiers (42 tonnes), un chiffre record. En outre, la Grèce (7 tonnes) et le Portugal (5 tonnes) ont déclaré des saisies records⁽⁴⁴⁾. Entre 2004 et 2009, le nombre total de saisies a doublé et la quantité de cannabis végétal saisi a également augmenté. Depuis 2005, le Royaume-Uni a réalisé près de la moitié du nombre total de saisies, soit un minimum de 20 tonnes par an.

Les saisies de résine de cannabis en Europe dépassent celles du cannabis végétal, tant en nombre qu'en quantité, même si la différence se resserre⁽⁴⁵⁾. En 2009, environ 405 000 saisies de résine de cannabis ont

permis d'intercepter une quantité de drogue estimée à 594 tonnes, soit près de six fois la quantité saisie de cannabis végétal. Entre 2004 et 2009, le nombre de saisies de résine de cannabis a augmenté de manière constante, alors que la quantité saisie, après avoir connu un pic de 1 080 tonnes en 2004, poursuit sa tendance à la baisse. En 2009, comme les années précédentes, la moitié du nombre total de saisies de résine de cannabis et près des trois quarts des quantités saisies sont à porter au crédit de l'Espagne.

Les saisies de plants de cannabis sont en augmentation depuis 2004, atteignant environ 25 100 cas en 2009. Les pays font état de la quantité saisie soit en termes de nombre estimé de plants, soit à l'aide d'une estimation du poids. Le nombre de plants saisis est passé de 1,7 million en 2004 à 2,5 millions au cours de la période 2005-2007 en Europe⁽⁴⁶⁾. Les données disponibles peuvent suggérer une baisse en 2008 à l'échelle européenne, mais il n'est pas possible de dégager les tendances actuelles du nombre déclaré de plants de cannabis saisis en raison de l'absence de données récentes en provenance des Pays-Bas, pays qui déclare généralement des quantités importantes. Depuis 2004, le poids des plants saisis a plus que triplé pour atteindre 42 tonnes en 2009, dont la majeure partie est toujours imputable à l'Espagne (29 tonnes) et à la Bulgarie (10 tonnes).

Puissance et prix

La puissance des produits à base de cannabis est fonction de leur teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), son principal élément actif. Elle varie fortement d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, ainsi qu'entre les différents produits et selon les variétés génétiques. Les informations sur la puissance du cannabis sont essentiellement basées sur des analyses médico-légales du cannabis saisi, sélectionné à partir d'échantillons. Il n'est pas aisé de déterminer dans quelle mesure les échantillons analysés reflètent l'ensemble du marché et il convient, pour cette raison, d'interpréter les données sur la puissance avec prudence.

En 2009, la teneur moyenne déclarée en THC de la résine de cannabis allait de 3 à 17 %. La puissance moyenne du cannabis végétal (y compris la sinsemilla, la forme de cannabis végétal la plus puissante) était comprise entre 1 et 15 %. La puissance moyenne de la sinsemilla n'a été fournie que par trois pays: 2 % en Roumanie, 11 % en Allemagne et 15 % aux Pays-Bas. Au cours de la

⁽⁴⁴⁾ Les données relatives aux saisies de drogue en Europe citées dans ce chapitre figurent dans les tableaux SZR-1 à SZR-6 du bulletin statistique 2011.

⁽⁴⁵⁾ En raison des différences de taille des cargaisons et des distances parcourues ainsi que de la nécessité de franchir des frontières internationales, le risque de saisie de la résine de cannabis pourrait être plus important que celui du cannabis végétal produit à l'intérieur même des pays.

⁽⁴⁶⁾ L'analyse ne tient pas compte des saisies déclarées par la Turquie, à savoir 20,4 millions de plants en 2004, puisque les données relatives aux quantités saisies ne sont pas disponibles pour les années suivantes.

période 2004-2009, la puissance moyenne de la résine de cannabis est restée relativement stable ou a baissé dans dix pays déclarants et a augmenté en République tchèque, en Estonie, aux Pays-Bas et en Slovaquie. Les données de tendance sur la puissance du cannabis végétal produit à l'échelle locale ne sont disponibles que pour les Pays-Bas, où une baisse de la puissance moyenne du «nederwiet» a été observée: après un pic de 20 % en 2004, elle est tombée à 15 % en 2009 ⁽⁴⁷⁾.

Le prix de vente moyen au détail de la résine de cannabis en 2009 oscillait entre 3 et 19 euros le gramme dans les dix-huit pays fournissant des informations à ce sujet, dont douze ont fait état de prix compris entre 7 et 10 euros. Le prix moyen au détail du cannabis végétal se situait entre 2 et 70 euros le gramme dans les vingt pays fournissant des informations, dont douze rapportaient des prix compris entre 5 et 10 euros. Au cours de la période 2004-2009, le prix moyen au détail de la résine de cannabis et du cannabis végétal est resté stable ou a augmenté dans la plupart des dix-huit pays fournissant des données, à l'exception de la Lettonie, de la Hongrie et de la Pologne, où le prix de la résine de cannabis a baissé.

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cannabis dans la population générale

Selon une estimation prudente, le cannabis a été consommé au moins une fois (prévalence au cours de la vie) par environ 78 millions d'Européens, soit plus d'un cinquième de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (voir le tableau 4 pour un résumé des données). Il existe des écarts considérables d'un pays à l'autre, avec des chiffres nationaux de prévalence oscillant entre 1,5 et 32,5 %. La plupart des pays rapportent des estimations de la prévalence comprises entre 10 et 30 % pour l'ensemble de la population adulte.

On estime à 22,5 millions le nombre d'Européens ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, soit en moyenne 6,7 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Les estimations relatives à la prévalence au cours du dernier mois tiennent compte des personnes consommant du cannabis plus régulièrement, mais pas nécessairement chaque jour ou de manière intensive. On estime ainsi qu'environ 12 millions d'Européens ont consommé cette drogue au cours du dernier mois, soit une moyenne d'environ 3,6 % de la population âgée de 15 à 64 ans.

Consommation de cannabis chez les jeunes adultes

La consommation de cannabis est essentiellement le fait de jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence la plus élevée de la consommation au cours de la dernière année étant généralement observée chez les 15-24 ans. C'est le cas dans tous les pays déclarants, à l'exception de Chypre et du Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Les données des enquêtes de population suggèrent qu'en moyenne 32,0 % des jeunes adultes européens (15-34 ans) ont un jour pris du cannabis, contre 12,1 % qui en ont consommé au cours des douze derniers mois et 6,6 % au cours des trente derniers jours. On estime qu'une part plus importante encore d'Européens âgés de 15 à 24 ans a consommé du cannabis au cours de l'année écoulée (15,2 %) ou du dernier mois (8,0 %). Les estimations nationales en matière de prévalence de la consommation de cannabis varient fortement d'un pays à l'autre, quel que soit le critère utilisé. Ainsi, les estimations relatives à la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation des jeunes adultes dans les pays du haut de l'échelle donnent des valeurs plus de 20 fois supérieures à celles des pays ayant la prévalence la plus basse.

La consommation de cannabis est généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. À titre d'exemple, le ratio hommes/femmes chez les jeunes adultes déclarant avoir pris du cannabis au cours des douze derniers mois va d'un peu plus de six hommes pour une femme au Portugal à un peu moins de un en Norvège ⁽⁴⁹⁾.

Comparaisons internationales

Les chiffres en provenance d'Australie, du Canada et des États-Unis sur la consommation de cannabis chez les jeunes adultes au cours de la vie et au cours des douze derniers mois sont tous supérieurs aux moyennes européennes, qui se situent respectivement à 32,0 et 12,1 %. Ainsi, au Canada (2009), la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes s'établit à 48,4 % et la prévalence au cours des douze derniers mois à 21,6 %. Aux États-Unis, l'enquête nationale sur la consommation de drogue et la santé (Samhsa, 2010) estimait à 51,6 % la prévalence de la consommation de cannabis (16-34 ans, recalculée par l'OEDT) et à 24,1 % la prévalence au cours des douze derniers mois, alors qu'en Australie (2007), les chiffres étaient de 46,7 et 16,2 % pour les 14-39 ans. Chez les élèves de 15 et 16 ans, une poignée de pays européens

⁽⁴⁷⁾ Voir les tableaux PPP-1 et PPP-5 du bulletin statistique 2011 pour les données relatives à la puissance et au prix. Pour les définitions des produits à base de cannabis, voir le glossaire en ligne.

⁽⁴⁸⁾ Voir le graphique GPS-1 du bulletin statistique 2011.

⁽⁴⁹⁾ Voir le tableau GPS-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2011.

Tableau 4: Prévalence de la consommation de cannabis dans la population générale – Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Au cours de la vie	Dernière année	Dernier mois
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	78 millions	22,5 millions	12 millions
Moyenne européenne	23,2 %	6,7 %	3,6 %
Plage de données	1,5-32,5 %	0,4-14,3 %	0,1-7,6 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (1,5 %) Malte (3,5 %) Bulgarie (7,3 %) Hongrie (8,5 %)	Roumanie (0,4 %) Malte (0,8 %) Grèce (1,7 %) Hongrie (2,3 %)	Roumanie (0,1 %) Malte (0,5 %) Grèce, Pologne (0,9 %) Suède (1,0 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Danemark (32,5 %) Espagne (32,1 %) Italie (32,0 %) France, Royaume-Uni (30,6 %)	Italie (14,3 %) République tchèque (11,1 %) Espagne (10,6 %) France (8,6 %)	Espagne (7,6 %) Italie (6,9 %) France (4,8 %) République tchèque (4,1 %)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	42 millions	16 millions	9 millions
Moyenne européenne	32,0 %	12,1 %	6,6 %
Plage de données	2,9-45,5 %	0,9-21,6 %	0,3-14,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (2,9 %) Malte (4,8 %) Grèce (10,8 %) Bulgarie (14,3 %)	Roumanie (0,9 %) Malte (1,9 %) Grèce (3,2 %) Pologne (5,3 %)	Roumanie (0,3 %) Grèce (1,5 %) Pologne (1,9 %) Suède, Norvège (2,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (45,5 %) Danemark (44,5 %) France (43,6 %) Espagne (42,4 %)	République tchèque (21,6 %) Italie (20,3 %) Espagne (19,4 %) France (16,7 %)	Espagne (14,1 %) Italie (9,9 %) France (9,8 %) République tchèque (8,6 %)
15-24 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	19 millions	9,5 millions	5 millions
Moyenne européenne	30,0 %	15,2 %	8,0 %
Plage de données	3,7-53,8 %	1,5-29,5 %	0,5-17,2 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (3,7 %) Malte (4,9 %) Grèce (9,0 %) Chypre (14,4 %)	Roumanie (1,5 %) Grèce (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slovénie, Suède (7,3 %)	Roumanie (0,5 %) Grèce (1,2 %) Suède (2,2 %) Norvège (2,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (53,8 %) France (42,0 %) Espagne (39,1 %) Danemark (38,0 %)	République tchèque (29,5 %) Espagne (23,9 %) Italie (22,3 %) France (21,7 %)	Espagne (17,2 %) France (12,7 %) République tchèque (11,6 %) Italie (11,0 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (336 millions), 15-34 ans (132 millions) et 15-24 ans (63 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2001 et 2009-2010 (principalement entre 2004 et 2008) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2011.		

(République tchèque, Espagne, France, Slovaquie) rapporte des niveaux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie comparable à ceux relevés en Australie et aux États-Unis.

Consommation de cannabis chez les élèves

L'enquête ESPAD réalisée tous les quatre ans fournit des données comparables sur la consommation d'alcool et

de drogues chez les jeunes Européens scolarisés âgés de 15 et 16 ans (Hibell e.a., 2009). En 2007, l'enquête a été menée dans vingt-cinq États membres de l'UE ainsi qu'en Norvège et en Croatie. En outre, en 2009-2010, des enquêtes nationales en milieu scolaire ont été conduites en Italie, en Slovaquie, en Suède et au Royaume-Uni.

Les données de l'enquête ESPAD 2007 et des enquêtes nationales de 2009-2010 en milieu scolaire révèlent que

la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés de 15 et 16 ans est la plus élevée en République tchèque (45 %), alors que l'Estonie, l'Espagne, la France, les Pays-Bas, la Slovaquie et le Royaume-Uni (Angleterre) rendent compte de niveaux de prévalence compris entre 26 et 33 %. Quinze pays observent des niveaux de prévalence de la consommation de cannabis compris entre 13 et 25 %. Les niveaux les plus bas (moins de 10 %) sont enregistrés en Grèce, à Chypre, en Roumanie, en Finlande, en Suède et en Norvège.

En ce qui concerne la consommation de cannabis, l'écart entre les sexes est moins marqué chez les jeunes scolarisés que chez les jeunes adultes. Les ratios hommes/femmes de la consommation de cannabis chez les jeunes scolarisés s'échelonnent entre près de 1/1 en Espagne et au Royaume-Uni et 2/1, voire plus, à Chypre, en Grèce, en Pologne et en Roumanie ⁽⁵⁰⁾.

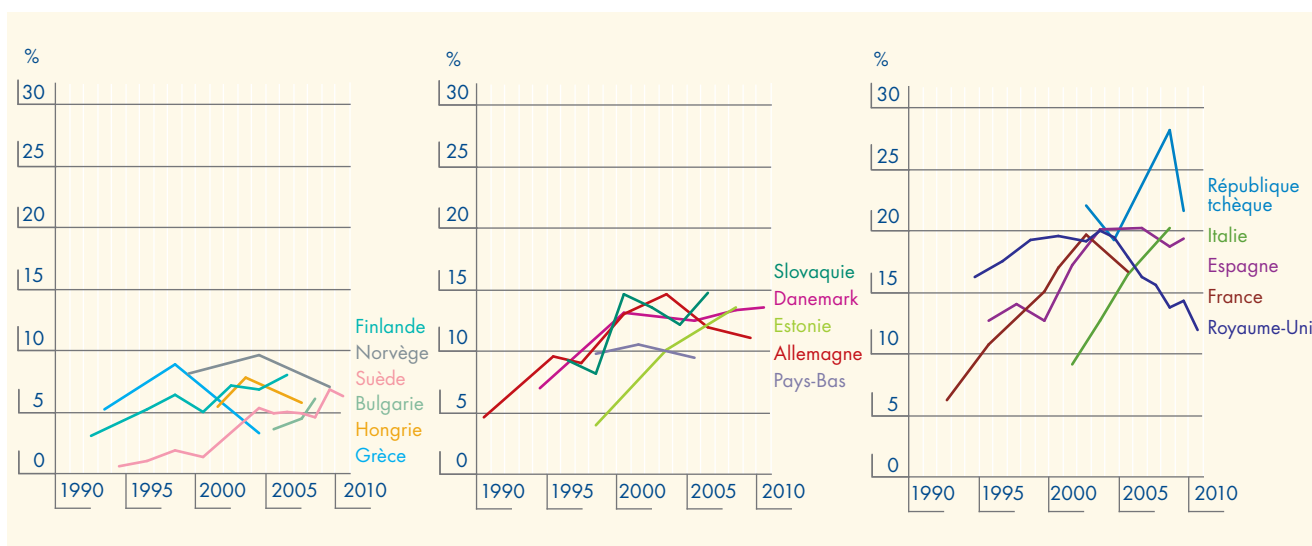
Tendances de la consommation de cannabis

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, un grand nombre de pays européens déclaraient une hausse de la consommation de cannabis, tant dans les enquêtes de population que dans celles réalisées en milieu scolaire. Depuis, le paysage européen est devenu plus complexe. Bon nombre de pays déclarent que la consommation de cannabis se stabilise, voire décroît,

tandis que quelques pays (Bulgarie, Estonie, Finlande, Suède) semblent enregistrer une hausse. Alors que la quasi-totalité des pays européens ont réalisé des enquêtes de population ces dernières années, seize seulement ont fourni des données suffisantes pour permettre une analyse des tendances de la consommation de cannabis sur une plus longue période.

Les tendances observées dans ces seize pays peuvent être classées en fonction des niveaux de prévalence (voir le graphique 5). Tout d'abord, un groupe de six pays (Bulgarie, Grèce, Hongrie, Finlande, Suède, Norvège), essentiellement situés dans le nord et le sud-est de l'Europe, a toujours déclaré une faible prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les 15-34 ans, se situant à des niveaux inférieurs à 10 %. Ensuite, un groupe de cinq pays (Danemark, Allemagne, Estonie, Pays-Bas, Slovaquie), situés dans différentes parties de l'Europe, fait état de niveaux de prévalence plus élevés mais ne dépassant pas 15 % dans leur dernière enquête. Tous les pays qui composent ce groupe, à l'exception des Pays-Bas, ont fait état de hausses sensibles de la consommation de cannabis dans les années 1990 et au début des années 2000. À l'exception de l'Estonie, ce groupe de pays a enregistré une tendance de plus en plus stable au cours de la décennie suivante. Enfin, on observe un dernier groupe de cinq pays qui ont tous, à un moment au cours des dix dernières années, atteint les niveaux les plus

Graphique 5: Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (15-34 ans) pour les pays ayant réalisé trois études ou plus et regroupés en fonction du niveau de prévalence le plus élevé (moins de 10 %, entre 10 et 15 %, plus de 15 %)



NB: La République tchèque étudie les raisons expliquant la grande variabilité des résultats des enquêtes, qui semble en partie due à des changements méthodologiques. Les données sont fournies à des fins d'information, mais les comparaisons doivent être faites avec prudence. Voir le graphique GPS-4 du bulletin statistique 2011 pour de plus amples informations.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2010), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

⁽⁵⁰⁾ Voir le tableau EYE-20 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2011.

élevés de consommation de cannabis en Europe, avec une consommation au cours des douze derniers mois de 20 % et plus chez les jeunes adultes de la région. Ce sont des pays du sud et de l'ouest de l'Europe (France, Espagne, Italie, Royaume-Uni) et la République tchèque. À l'intérieur de ce groupe, les tendances peuvent varier. Ainsi, alors que le Royaume-Uni et, dans une moindre mesure, la France ont observé un recul de la consommation, l'Espagne enregistre une stabilité relative depuis 2003. Ces trois pays avaient fait état d'une hausse de la consommation de cannabis durant les années 1990. L'Italie et la République tchèque ont toutes deux enregistré des hausses, suivies par un recul ces dernières années. Néanmoins, les différences de méthodologies et de taux de réponse ne permettent pas encore de confirmer les tendances les plus récentes dans ces deux pays.

Le cas particulier du Royaume-Uni mérite d'être signalé. En effet, des enquêtes y sont réalisées chaque année. Après avoir enregistré les niveaux les plus élevés de consommation de cannabis d'Europe au début des années 2000, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière année est descendue en 2010 sous la moyenne européenne pour la première fois depuis que la surveillance a été mise en place au niveau de l'UE.

La stabilisation ou le recul de la consommation de cannabis concerne la consommation au cours des douze derniers mois, ce qui inclut les modes de consommation récréative. Toutefois, la stabilisation de la consommation intensive et de longue durée n'est pas confirmée.

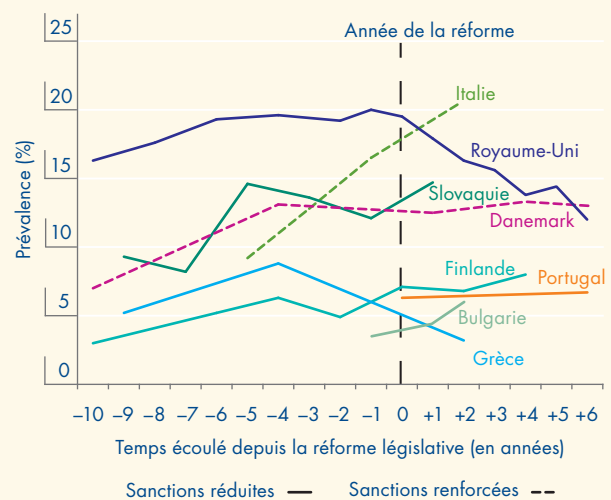
Des schémas similaires se retrouvent dans toute l'Europe pour les tendances dans le temps de la consommation de cannabis chez les élèves entre 1995 et 2007 (OEDT, 2009a). Sept pays, pour la plupart situés dans le nord ou le sud de l'Europe, faisaient état de niveaux de prévalence de la consommation de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

Les nouvelles données provenant des dernières enquêtes HBSC (comportement sanitaire parmi les enfants en âge scolaire) font également apparaître une tendance globale stable, voire à la baisse, de la consommation de drogue

À la recherche d'un rapport entre les sanctions et la consommation de cannabis

Au cours de la décennie écoulée, plusieurs pays européens ont modifié leur législation antidrogue sur le cannabis et un grand nombre d'entre eux disposent d'estimations de la prévalence de la consommation de cette drogue avant et après la réforme législative. Une simple comparaison avant-après de ces données permet de déterminer si un changement notable de la prévalence peut être observé dans les années qui ont suivi la réforme. Dans la mesure où la consommation de cannabis se concentre dans les groupes d'âge plus jeunes, l'analyse a été réalisée sur la base des données de prévalence des 15-34 ans. Dans le graphique ci-dessous, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année écoulée est dessinée dans le temps, avec zéro sur l'axe horizontal représentant l'année de la réforme législative. Étant donné que ces pays ont modifié leur législation à des moments différents et que la portée de leurs données d'enquête diffère, les lignes de tendance couvrent des moments différents.

Les pays qui ont augmenté les sanctions pour détention de cannabis sont représentés en pointillés dans le graphique et ceux qui ont réduit les peines le sont par des lignes continues. Dans son expression la plus simple, l'hypothèse de l'impact législatif veut qu'une modification de la législation entraîne une modification de la prévalence, les sanctions renforcées entraînant une chute de la consommation de drogue et des sanctions réduites aboutissant à une hausse de la consommation. Partant de cette hypothèse, les lignes en pointillé devraient descendre et les lignes continues monter après la réforme. Or, au cours de cette période de dix ans, dans les pays concernés, aucune corrélation simple ne peut être observée entre les changements législatifs et la prévalence de la consommation de cannabis.



NB: Les réformes législatives se sont produites entre 2001 et 2006; voir le chapitre 1 et ELDD «Aperçu thématique sur la détention illicite de drogue» (en anglais).

chez les élèves (15-16 ans) dans la plupart des pays au cours de la période 2006-2010. Reflétant les tendances observées chez les adultes, en Angleterre, la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes scolarisés a quasiment diminué de moitié, passant de 40 % en 2002 à 22 % en 2010. En Allemagne, la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes scolarisés a également été divisée par deux, passant de 24 % en 2002 à 11 % en 2010. Des hausses sont toutefois enregistrées depuis 2006 en République tchèque, en Grèce, en Lettonie, en Lituanie, en Roumanie et en Slovénie.

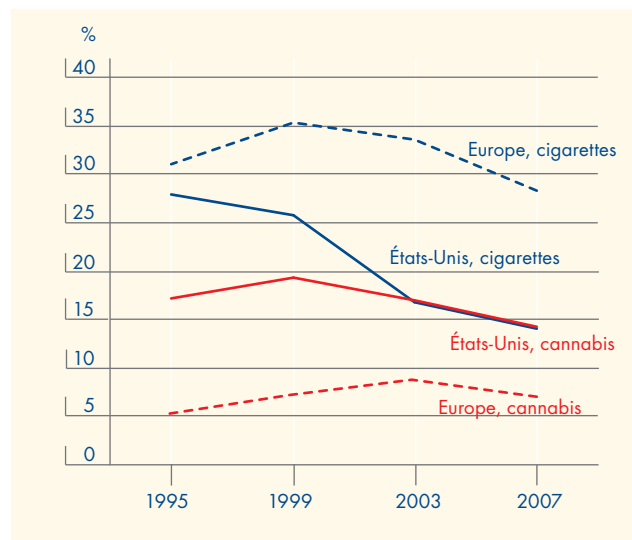
Les données relatives aux tendances à long terme provenant des enquêtes menées en milieu scolaire en Australie et aux États-Unis indiquent également une tendance à la baisse de la consommation de cannabis jusqu'en 2009 ⁽⁵¹⁾. Néanmoins, l'enquête scolaire américaine la plus récente, qui a été réalisée en 2010, montre une résurgence possible de la consommation de cannabis, les jeunes scolarisés déclarant une consommation de cannabis en hausse au cours de la dernière année et des niveaux inférieurs de désapprobation de la drogue (Johnston e.a., 2010). Dans l'enquête de 2010, les élèves américains de 15 et 16 ans ont déclaré des niveaux de consommation de cannabis supérieurs à ceux de la consommation de cigarettes, pour certaines mesures: 16,7 % avaient consommé du cannabis au cours des trente derniers jours, tandis que 13,6 % seulement avaient fumé des cigarettes (Johnston e.a., 2010).

Le tableau est différent pour les jeunes scolarisés en Europe, où les niveaux de consommation de cigarettes au cours du dernier mois demeurent sensiblement supérieurs à ceux de la consommation de cannabis. Entre 2003 et 2007, les enquêtes en milieu scolaire ESPAD menées dans 23 États membres de l'UE ont montré une baisse globale de la consommation de cigarettes au cours du dernier mois (de 33 à 28 %) et une réduction, ou à tout le moins une stabilisation, de la consommation de cannabis (de 9 à 7 %) (voir le graphique 6). En Europe, où le cannabis et le tabac sont couramment mélangés pour être fumés, une baisse de la consommation de tabac pourrait avoir une influence sur les tendances de la consommation de cannabis.

Modes de consommation du cannabis

Les données disponibles indiquent des modes de consommation variés du cannabis, allant d'une consommation expérimentale à une dépendance. De nombreux individus ne prennent du cannabis qu'une ou deux fois, tandis que d'autres en consomment occasionnellement ou pendant une courte période. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans qui ont consommé

Graphique 6: Tendances de la prévalence de la consommation de cannabis et de tabac au cours des trente derniers jours chez les élèves de 15 et 16 ans dans 17 pays européens et aux États-Unis



NB: La moyenne européenne (non pondérée) repose sur les élèves de 15 et 16 ans de 15 États membres de l'UE, de Croatie et de Norvège. La moyenne américaine pour les élèves repose sur un échantillon d'environ 16 000 élèves de dixième degré (âgés de 15 et 16 ans).

Sources: Hibell e.a. (2009), Johnston e.a. (2010).

du cannabis au moins une fois dans leur vie, 70 % ne l'ont pas fait au cours de l'année écoulée ⁽⁵²⁾. Parmi les personnes qui ont consommé cette substance au cours des douze derniers mois, en moyenne, près de la moitié l'a fait au cours du dernier mois, ce qui pourrait être le signe d'une consommation plus régulière. Ces pourcentages varient toutefois sensiblement d'un pays à l'autre et entre les hommes et les femmes.

La consommation de cannabis est particulièrement élevée dans certains groupes de jeunes, par exemple ceux qui fréquentent les boîtes de nuit, les bars et les événements musicaux. Des enquêtes ciblées réalisées récemment dans des lieux de vie nocturne et les discothèques en Belgique, en République tchèque, aux Pays-Bas, en Lituanie et au Royaume-Uni ont fait état de niveaux de prévalence largement supérieurs à la moyenne européenne chez les jeunes adultes. La consommation de cannabis est également souvent associée à une forte consommation d'alcool. En effet, chez les jeunes adultes (15 à 34 ans), de manière générale, il était deux à six fois plus probable que des personnes consommant fréquemment ou beaucoup d'alcool déclarent consommer du cannabis que ce n'est le cas dans la population en général.

Les types de produits à base de cannabis et leurs modes de consommation peuvent être associés à des

⁽⁵¹⁾ Voir le graphique EYE-1 (partie vi) du bulletin statistique 2011.

⁽⁵²⁾ Voir le graphique GPS-2 du bulletin statistique 2011.

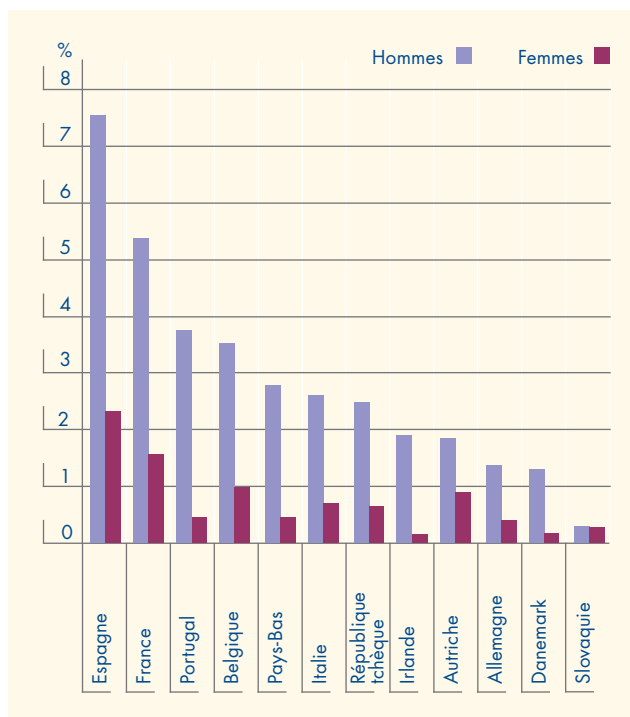
risques différents. L'usager qui a recours à des modes de consommation conduisant à la prise de doses supérieures court plus de risques de développer une dépendance ou d'autres problèmes (Chabrol e.a., 2003; Swift e.a., 1998). Parmi ces pratiques, on peut citer la consommation de cannabis à très forte teneur en THC ou en grandes quantités et l'inhalation au moyen d'une pipe à eau.

Les enquêtes de population établissent rarement une distinction entre les différents types de consommation du cannabis. Néanmoins, en 2009, de nouvelles questions ont été introduites dans l'enquête de population britannique afin d'identifier la prévalence de la consommation de cannabis végétal, y compris le «skunk» (l'appellation populaire d'une forme généralement très puissante de la drogue). L'enquête britannique 2009-2010 sur la criminalité estime qu'environ 12,3 % des adultes ont un jour consommé ce qu'ils pensaient être du «skunk». Alors que des proportions similaires de consommateurs de cannabis déclarent avoir consommé du cannabis végétal dans leur vie (50 %) et de la résine de cannabis (49 %), les personnes ayant consommé la drogue au cours des douze derniers mois sont plus susceptibles d'avoir consommé du cannabis végétal (71 %) que de la résine (38 %) (Hoare et Moon, 2010). Si ces estimations ne peuvent pas être généralisées à d'autres populations en Europe, les constatations illustrent toutefois certains changements dans la consommation de cannabis au fil du temps.

Les données extraites d'un échantillon de quatorze pays européens représentant 65 % de la population adulte de l'Union européenne et de Norvège indiquent que près de la moitié des personnes ayant consommé du cannabis au cours du dernier mois l'avaient fait pendant un à trois jours au cours de ce mois; environ un tiers pendant quatre à dix-neuf jours et un cinquième pendant vingt jours et plus. Dans la majorité de ces quatorze pays, les femmes sont plus susceptibles de consommer du cannabis de manière occasionnelle, alors que la majorité des usagers quotidiens ou quasi quotidiens de cannabis sont des hommes (voir le graphique 7). Sur la base de ces données, il semble que, dans de nombreux pays, les consommateurs masculins courent un risque particulier de devenir des usagers fréquents, et cet élément doit être pris en compte lors de l'élaboration d'actions de prévention.

De nouvelles données sur la consommation de drogue chez les adolescents indiquent que la consommation quotidienne de cannabis devient un problème croissant aux États-Unis également. La prévalence de la consommation quotidienne de cannabis a augmenté de manière significative chez les jeunes scolarisés de 17-18 ans en 2010 et s'établit à 6 % (Johnston e.a., 2010).

Graphique 7: Prévalence de la consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis chez les jeunes adultes (15-34 ans) par genre



NB: Les personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis pendant vingt jours ou plus au cours des trente derniers jours précédant l'entretien sont considérées comme des «consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens» dans les textes. Pour de plus amples informations, voir le tableau GPS-10 (partie iv) du bulletin statistique 2011.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

La dépendance au cannabis est de plus en plus reconnue comme l'une des conséquences possibles d'une consommation régulière de cette substance, même chez les jeunes usagers, et le nombre de personnes demandant de l'aide en raison de leur consommation de cannabis est en hausse dans certains pays européens (voir ci-après). Il a toutefois été rapporté que la moitié des consommateurs dépendants au cannabis qui cessent d'en consommer y parviennent sans traitement (Cunningham, 2000). Néanmoins, certains usagers de cannabis — en particulier les gros consommateurs — peuvent rencontrer des difficultés sans nécessairement répondre aux critères cliniques de la dépendance.

Demandes de traitement

En 2009, le cannabis représentait la drogue primaire pour environ 98 000 patients admis en traitement dans vingt-six pays (23 % du total des admissions), soit la deuxième drogue la plus citée après l'héroïne. Le cannabis était également la drogue secondaire la plus souvent déclarée pour environ 93 000 patients (28 %). Les consommateurs

primaires de cannabis représentent plus de 30 % des patients admis en traitement en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en France, en Hongrie, aux Pays-Bas et en Pologne, mais moins de 10 % en Bulgarie, en Estonie, en Grèce, en Lituanie, à Malte, en Roumanie et en Slovaquie (53).

Les différences dans la prévalence de la consommation de cannabis et ses problèmes connexes ne sont pas les seuls facteurs qui expliquent les différences de niveaux dans les demandes de traitement entre les pays. D'autres facteurs, tels que les pratiques d'orientation et le niveau et le type d'offre de traitement, sont aussi importants. Les exemples de la France et de la Hongrie sont éclairants à cet égard, puisque ces deux pays déclarent une proportion élevée de consommateurs de cannabis admis en traitement. La France a mis en place un système de centres de consultation qui ciblent les jeunes toxicomanes (54). En Hongrie, les délinquants dépendants au cannabis se voient proposer un traitement en guise d'alternative à une sanction, ce qui pourrait en réduire le nombre.

En ce qui concerne les tendances au cours de la décennie écoulée, sur les vingt et un pays pour lesquels des données sont disponibles, tous, à l'exception de la Bulgarie, observent une hausse de la proportion de patients dépendants au cannabis qui entament un traitement pour la première fois. Entre 2004 et 2009, dans les dix-huit pays pour lesquels des données sont disponibles, le nombre de toxicomanes mentionnant le cannabis comme drogue principale parmi ceux qui entament un traitement pour la première fois a augmenté d'environ 40 %, passant de 27 000 à 38 000 (55). Les chiffres les plus récents (2008-2009) indiquent le maintien de la tendance à la hausse dans la plupart des pays déclarants.

Profils des patients

Les patients dépendants au cannabis entament généralement un traitement ambulatoire et sont l'un des groupes de patients les plus jeunes admis en traitement, avec une moyenne d'âge de 25 ans. Les jeunes citant le cannabis comme drogue primaire représentent 74 % des jeunes de 15 à 19 ans admis en traitement et 86 % des moins de 15 ans. Le ratio homme/femme est le plus élevé parmi les toxicomanes (environ cinq hommes pour une femme). Dans l'ensemble, 49 % des toxicomanes déclarant le cannabis comme drogue primaire sont des

Effets néfastes de la consommation de cannabis sur la santé

Il est généralement admis que le risque individuel pour la santé lié à la consommation de cannabis est moindre que ceux associés à des drogues comme l'héroïne ou la cocaïne. Toutefois, en raison de la prévalence élevée de la consommation, l'impact du cannabis sur la santé publique peut être significatif.

Plusieurs problèmes de santé aigus et chroniques associés à la consommation de cannabis ont été identifiés. Les effets néfastes aigus sont, notamment, l'anxiété, une réaction de panique et des symptômes psychotiques, souvent signalés par les personnes qui consomment du cannabis pour la première fois. La consommation de cannabis semble également multiplier le risque d'implication dans un accident de la route.

Des effets chroniques liés à la consommation de cannabis ont été prouvés, comme la dépendance et diverses affections respiratoires. L'impact du cannabis sur les performances cognitives et sa réversibilité ne sont pas connus. La consommation régulière de cannabis pendant l'adolescence pourrait affecter négativement la santé mentale des jeunes adultes, avec un risque accru avéré de symptômes et de troubles psychotiques augmentant avec la fréquence de consommation (OEDT, 2008a, 2008b; Hall et Degenhardt, 2009; Moore e.a., 2007).

consommateurs quotidiens, environ 18 % en consomment 2 à 6 fois par semaine, 12 % consomment du cannabis chaque semaine ou moins souvent et 22 % sont des usagers occasionnels, dont certains en ont consommé au cours du mois précédant l'entrée en traitement. Ces pourcentages varient selon les pays (56).

Traitement

Offre de traitement

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

Le traitement de la dépendance au cannabis est essentiellement dispensé dans des structures ambulatoires

(53) Voir le graphique TDI-2 (partie ii) et les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-22 (partie i) du bulletin statistique 2011.

(54) De plus, en France, de nombreux opiomanes sont traités par des médecins généralistes et ne sont pas couverts par l'indicateur des demandes de traitement, ce qui a pour effet de gonfler la proportion d'usagers d'autres drogues.

(55) Voir le graphique TDI-1 (partie i et partie ii) du bulletin statistique 2011.

(56) Voir les tableaux TDI-10 (partie ii et partie iii), TDI-11 (partie i), TDI-18 (partie ii), TDI-21 (partie ii), TDI-24, TDI-103 (partie vii) et TDI-111 (partie viii) du bulletin statistique 2011.

spécialisées et des services visant en particulier les problèmes liés au cannabis sont désormais disponibles dans plus de la moitié des États membres. Ainsi, plus de 300 centres de consultation spécifiques pour les jeunes ont été ouverts en France pour répondre en priorité aux besoins des jeunes consommateurs dépendants au cannabis. En Allemagne, outre une série de programmes spécifiques pour le cannabis, 161 centres de consultation ont adopté le programme «Fais-le», qui impose aux patients de se fixer des objectifs afin de contrôler leur consommation et traite des facteurs individuels et environnementaux associés à leur consommation de cannabis. L'intervention se compose de 5 séances sur une période de dix semaines et couvre jusqu'à 1 400 consommateurs de cannabis par an. En Hongrie, la grande majorité (80 %) des patients traités pour une dépendance au cannabis fréquentent des services de consultation préventive. Ces services sont fournis par des organismes agréés.

L'Allemagne et les Pays-Bas ont été particulièrement actifs dans l'élaboration de programmes de traitement de la dépendance au cannabis. Les problèmes liés au cannabis sont généralement associés à des problèmes psychosociaux ou à d'autres substances et cet état de fait se reflète dans les types de programmes proposés aux consommateurs de cannabis. Ainsi, le Centre médical d'Amsterdam a mis au point une action de motivation familiale pour les jeunes consommateurs de cannabis atteints de schizophrénie et leurs parents (rapport national néerlandais Reitox, 2009). Un essai comparatif randomisé a démontré les résultats positifs de cette intervention. Après trois mois, les jeunes participant à l'essai ont déclaré que leur consommation et leur besoin de cannabis avaient baissé, tandis que les parents ont constaté une réduction de leur stress et un plus grand bien-être. Les cas combinant une consommation de cannabis et des problèmes psychiatriques, tels que psychose ou dépression, nécessitent des approches intégrées entre les prestataires de traitement spécialisés et les centres de santé mentale. Or, dans la pratique, le traitement de doubles diagnostics est encore souvent traité de manière séquentielle et la coopération entre les prestataires de soins demeure difficile.

Une étude allemande récente prédit une augmentation du nombre de personnes demandant un traitement pour des problèmes liés à la consommation de cannabis, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes masculins. À l'heure actuelle, les estimations de la proportion d'usagers de drogue couverts par les structures de traitement en Allemagne montrent que, bien que des services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie

Utilisation du cannabis à des fins médicales aux États-Unis

Depuis 1996, 15 États américains et le District de Columbia ont adopté une législation autorisant la détention personnelle d'une quantité définie de cannabis à des fins médicales. Le patient doit posséder une attestation écrite d'un médecin dans tous les États, à l'exception de la Californie et du Maine, où la prescription peut être orale. L'État de Washington mis à part, tous les États ont créé des registres confidentiels avec l'identité des patients et, dans un certain nombre d'États, ces registres sont obligatoires. Bien que chaque État ait édicté ses propres règles, la plupart d'entre eux autorisent l'utilisation de cannabis pour traiter la douleur, qu'elle soit «chronique», «sévère» ou «intraitable».

La quasi-totalité des États a adopté le modèle du fournisseur de soins, en vertu duquel une personne désignée est autorisée à cultiver une quantité limitée de cannabis pour l'usage du patient. Selon les États, les patients peuvent désigner un ou deux fournisseurs de soins et ces derniers peuvent approvisionner jusqu'à cinq patients. Les quantités autorisées sont comprises entre 1 once (environ 28 grammes) (Alaska, Montana, Nevada) et 24 onces (Oregon, Washington) de cannabis végétal consommable et entre 6 et 26 plants, dont certains doivent être «immatures». La fourniture de cannabis à des fins médicales par des dispensaires sans but lucratif ou des centres publics de traitement est autorisée dans près de la moitié des États. Dans toutes les juridictions à l'exception de deux, le New Jersey et Washington DC, les patients peuvent cultiver leur propre cannabis à usage médical.

En revanche, la législation fédérale classe le cannabis parmi les substances dangereuses sans usage médical. Cela permet au gouvernement fédéral de poursuivre tout usager et tout fournisseur de cannabis. Toutefois, en octobre 2009, le vice-secrétaire d'État à la justice a adressé une note aux procureurs fédéraux leur demandant de ne pas accorder la priorité aux affaires relatives à l'usage de cannabis à des fins médicales lorsque celui-ci est autorisé par la législation de l'État.

puissent toucher entre 45 et 60 % des usagers dépendants aux opiacés, seuls 4 à 8 % des consommateurs de cannabis considérés comme ayant besoin d'un traitement sont atteints. Dans certains cas, les actions de traitement en ligne, qui sont aujourd'hui disponibles dans trois États membres, peuvent offrir de nouvelles options de traitement aux consommateurs de cannabis qui cherchent de l'aide mais sont réticents à s'adresser à des services de traitement traditionnels.

Études récentes sur le traitement des consommateurs de cannabis

Les études d'évaluation des traitements sont toujours peu nombreuses par rapport à celles portant sur d'autres

drogues illicites, en dépit de l'augmentation du nombre de demandes de traitement pour dépendance au cannabis. La recherche se développe cependant en Europe, puisque des études sont actuellement menées en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en France et aux Pays-Bas.

Plusieurs de ces études confirment que les interventions psychosociales peuvent produire des résultats positifs chez les consommateurs de cannabis. C'est le cas, par exemple, de la thérapie familiale multidimensionnelle, une intervention globale en ambulatoire, fondée sur la famille et ciblant les adolescents qui consomment de la drogue et présentent des problèmes comportementaux (Liddle e.a., 2009). Cette thérapie a enregistré des succès en termes de réduction de la consommation de drogue. Les conclusions tirées d'une comparaison avec d'autres traitements disponibles dans le cadre d'un essai transnational à sites multiples n'étaient toutefois pas

concluantes. L'OEDT a donc décidé de commander une méta-analyse d'études européennes et américaines.

D'autres interventions psychosociales font actuellement l'objet d'une évaluation, comme la psychoéducation (fondée sur des éléments de la thérapie comportementale et d'entretien de motivation) et la prévention des rechutes, des interventions de courte durée, la gestion des contingences et divers types de thérapie cognitive et comportementale.

Des recherches portent également sur les produits pharmaceutiques qui pourraient soutenir les interventions psychosociales (Vandrey et Haney, 2009). Dans ce domaine, les trois axes principaux de la recherche actuellement menée se penchent sur les possibilités d'utiliser des médicaments pour aider à réduire les symptômes de manque, le besoin ou la consommation de cannabis (Marshall, K. S., e.a., 2011).



Chapitre 4

Amphétamines, ecstasy, substances hallucinogènes, GHB et kétamine

Introduction

Les amphétamines (terme générique regroupant l'amphétamine et la méthamphétamine) et l'ecstasy comptent parmi les drogues illicites les plus répandues en Europe. Dans de nombreux pays, l'ecstasy ou les amphétamines sont la deuxième substance illicite la plus courante après le cannabis. En outre, dans certains pays, la consommation d'amphétamines constitue une partie importante du phénomène de la drogue et est responsable d'une part considérable des demandes de traitement.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants du système nerveux central. De ces deux substances, l'amphétamine est de loin celle qu'il est le plus facile de se procurer en Europe, alors que la consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et à la Slovaquie. Plus récemment, certains pays du nord de l'Europe ont signalé une présence croissante de ces substances sur le marché des amphétamines.

L'ecstasy est le nom générique de substances de synthèse chimiquement apparentées aux amphétamines, mais dont les effets sont dans une certaine mesure différents. La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est la

3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les comprimés d'ecstasy (MDA, MDEA). Historiquement, sa popularité est liée aux milieux de la *dance music*. Bien qu'elle y soit toujours populaire, ces dernières années ont vu un recul progressif de la consommation et de la disponibilité de l'ecstasy dans bon nombre de pays européens.

La substance hallucinogène de synthèse de loin la plus connue en Europe est le diéthylamide d'acide lysergique (LSD), dont la consommation est faible et assez stable depuis longtemps. Ces dernières années, il semble y avoir un intérêt croissant des jeunes pour les substances hallucinogènes d'origine naturelle, telles que celles présentes dans les champignons hallucinogènes. Depuis le milieu des années 1990, la consommation récréative de kétamine et de gamma-hydroxybutyrate (GHB), deux produits anesthésiants largement utilisés en médecine vétérinaire et humaine pendant trente ans, a été observée dans certains endroits et parmi des sous-groupes d'utilisateurs de drogue en Europe. La consommation illicite de ces substances est devenue un sujet de préoccupation pour les services de traitement de la toxicomanie dans un nombre limité de pays européens.

Tableau 5: Saisies, prix et pureté de l'amphétamine, de la méthamphétamine, de l'ecstasy et du LSD

	Amphétamine	Méthamphétamine	Ecstasy	LSD
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	33	31	5,4	0,1
Quantité saisie UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie) ⁽¹⁾	Tonnes 5,3 (6,5)	Kilogrammes 500 (600)	Comprimés 1,9 million (2,4 millions)	Unités 59 700 (59 700)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	34 000 (34 200)	7 400 (7 400)	10 300 (11 000)	960 (970)
Prix de vente moyen au détail (en euros) Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽²⁾	Grammes 8-42 (10-23)	Grammes 9-71	Comprimés 3-16 (4-9)	Doses 4-29 (7-11)
Pureté moyenne ou teneur en MDMA Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽²⁾	1-29 % (6-21 %)	10-76 % (25-64 %)	3-108 mg (26-63 mg)	n.d.

⁽¹⁾ Les quantités totales d'amphétamine, d'ecstasy et de LSD saisies en 2009 sont probablement sous-estimées, en grande partie en raison de l'absence de données récentes pour les Pays-Bas, pays ayant déclaré des saisies relativement importantes jusqu'en 2007. En l'absence de données pour 2008 et 2009, les valeurs des Pays-Bas ne peuvent pas être incluses dans les estimations européennes pour 2009.

⁽²⁾ Intervalle de la moitié des données médianes déclarées.

NB: Toutes les données se rapportent à 2009; n.d. = non disponible.

Sources: ONUDC (2011) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

Offre et disponibilité

Précurseurs de drogue

L'amphétamine, la méthamphétamine et l'ecstasy sont des drogues de synthèse dont le processus de fabrication nécessite des précurseurs chimiques. Un aperçu de la production de ces substances peut être obtenu en étudiant les rapports de saisies des produits chimiques contrôlés — détournés du commerce licite — qui entrent dans leur fabrication.

L'OICS indique que les saisies mondiales de 1-phényl-2-propanone (P2P, BMK), qui peut être utilisé pour la fabrication illicite d'amphétamine et de méthamphétamine, sont tombées de 5 620 litres en 2008 à 4 900 litres en 2009, la Chine (2 275 litres en 2009) et la Russie (1 731 litres en 2009) continuant à déclarer les saisies les plus importantes. Dans l'Union européenne, les saisies de P2P sont passées de 62 litres en 2008 à 635 litres en 2009. Dans le monde, les saisies des deux principaux précurseurs de la méthamphétamine ont également augmenté en 2009: les saisies d'éphédrine passant de 22,6 tonnes en 2007 et de 18 tonnes en 2008 à 42 tonnes en 2009 et, en ce qui concerne la pseudoéphédrine, les saisies passant de 5,1 tonnes en 2008 à 7,2 tonnes en 2009, mais restant inférieures aux 25 tonnes saisies en 2007. Les États membres de l'UE ont saisi près de 0,5 tonne d'éphédrine, soit environ le double de la quantité saisie l'année précédente, et 67 kg de pseudoéphédrine.

Deux précurseurs chimiques principaux sont associés à la fabrication de la MDMA: le 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK) et le safrole. Les 40 litres de PMK saisis en 2009, contre zéro en 2008, pourraient suggérer que la disponibilité de cette substance reste faible. Cela tranche avec les niveaux plus élevés enregistrés au cours des années précédentes (8 816 litres en 2006, 2 297 litres en 2007). Les saisies mondiales de safrole, qui pourrait de plus en plus remplacer le PMK dans la synthèse de la MDMA en Europe, ont chuté d'un pic de 45 986 litres en 2007 à 1 048 litres en 2009⁽⁵⁷⁾. L'ensemble des saisies de PMK et la plupart de celles de safrole réalisées en 2009 ont eu lieu dans l'Union européenne.

Les efforts internationaux visant à prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse sont coordonnés dans le cadre du projet «Prism», par le biais d'un système de déclarations préalables des exportations pour le commerce licite et la communication des cargaisons arrêtées et des saisies réalisées en cas de transactions suspectes. Les informations sur les activités menées dans

ce domaine sont rapportées à l'OICS (OICS, 2011b). Une autre initiative récente de l'OICS est la publication d'un ensemble de principes directeurs destinés à aider les gouvernements nationaux à mettre en place des mesures de contrôle volontaires en coopération avec l'industrie chimique dans le but de prévenir le détournement de substances pour la production de drogues illicites (OICS, 2009).

Diversifier l'offre de précurseurs chimiques pour la production de drogues de synthèse en Europe

Les drogues de synthèse, dont l'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA) et l'amphétamine, sont fabriquées illégalement en Europe à partir de précurseurs chimiques importés. En raison de l'efficacité accrue des efforts internationaux en matière de contrôle, certains fabricants clandestins procèdent désormais eux-mêmes à la synthèse de précurseurs à partir de ce qu'on appelle des «préprécurseurs», plutôt que d'acheter des précurseurs chimiques. De plus, les fabricants font passer les précurseurs traditionnels pour d'autres produits chimiques non contrôlés avant leur importation (Europol, 2007, OICS, 2011a).

Les fluctuations récentes du marché européen de l'ecstasy illustrent ce phénomène. En effet, à la suite du succès des mesures visant à limiter le détournement du PMK, précurseur de la MDMA, vers le marché illicite (!), il semble aujourd'hui que plusieurs préprécurseurs, dont le safrole, soient utilisés comme matière de départ dans la synthèse de la MDMA.

Le PMK est placé sous contrôle international en vertu, à la fois, de la Convention des Nations unies de 1988 et de la législation européenne. Le commerce international licite de PMK est réduit et limité à quelques pays. Le safrole est obtenu au départ d'huiles essentielles riches en safrole, qui sont extraites de plusieurs espèces de plantes d'Amérique du Sud et d'Asie du Sud-Est (TNI, 2009). Alors que le safrole est une substance chimique inscrite dans la liste, le commerce d'huiles riches en safrole n'est pas contrôlé. Au niveau international, le safrole est également très utilisé dans la fabrication de parfums et d'insecticides, ce qui pourrait réduire les efforts internationaux en matière de contrôle.

Des rapports provenant des Pays-Bas, le pays le plus étroitement associé à la production d'ecstasy, suggèrent que de nombreux fabricants de cette drogue ont utilisé du safrole plutôt que du PMK comme matière de départ. Une quarantaine de cargaisons licites de safrole, pour un total de 101 840 litres, a été déclarée à l'OICS entre novembre 2009 et octobre 2010. Cependant, les notifications de cargaisons suspectes demeurent peu nombreuses par rapport à la quantité estimée d'ecstasy produite (OICS, 2011a). Quelque 1 050 litres de safrole et d'huiles riches en safrole ont été saisis en 2009-2010, dont la majeure partie en Lituanie, tandis que la Lettonie voisine déclare avoir saisi 1 841 litres en 2008 (OICS, 2011a).

(!) 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone.

(57) Voir l'encadré «Diversifier l'offre de précurseurs chimiques pour la production de drogues de synthèse en Europe».

Amphétamine

La production mondiale d'amphétamine reste concentrée en Europe, où l'on recense plus de 80 % de tous les laboratoires d'amphétamine signalés en 2009 (ONUDC, 2011). En 2009, les saisies mondiales d'amphétamine ont grimpé à près de 33 tonnes (voir le tableau 5). L'Europe occidentale et centrale a continué à saisir d'importantes quantités d'amphétamine, bien que l'ONUDC fasse état d'une réduction de 20 % des quantités saisies par rapport à 2008, où ces dernières s'étaient élevées à 7,9 tonnes. La plus forte augmentation des saisies d'amphétamine a été rapportée par l'Arabie saoudite, la Jordanie et la Syrie. Dans l'ensemble, la région Proche-Orient, Moyen-Orient et Asie du Sud-Est de l'ONUDC a saisi près de 25 tonnes en 2009, dont la quasi-totalité sous la forme de comprimés de Captagon (ONUDC, 2011).

Pour l'essentiel, l'amphétamine saisie en Europe est produite, par ordre d'importance, aux Pays-Bas, en Pologne, en Belgique, en Bulgarie et en Turquie. Europol signale que 19 sites de production, de fabrication de comprimés ou de stockage d'amphétamine ont été découverts dans l'Union européenne en 2009.

On estime à 34 200 le nombre de saisies d'amphétamine en Europe en 2009, soit 5,8 tonnes d'amphétamine en poudre et 3 millions de comprimés⁽⁵⁸⁾ ⁽⁵⁹⁾. Le nombre de saisies de cette substance a fluctué ces cinq dernières années et une baisse a été observée en 2008 et 2009. Bien que le nombre de comprimés d'amphétamine saisis en Europe ait fortement chuté entre 2004 et 2009 du fait de la baisse des saisies en Turquie, les quantités de poudre d'amphétamine interceptées sont restées stables ou ont augmenté dans la plupart des pays européens⁽⁶⁰⁾. Cette évaluation est toutefois préliminaire, dans la mesure où aucune donnée récente n'est disponible pour les Pays-Bas, qui avaient déclaré la saisie de 2,8 tonnes d'amphétamine en poudre en 2007, dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

La pureté des échantillons d'amphétamine interceptés en Europe en 2009 a continué à varier considérablement, oscillant entre moins de 8 % en Bulgarie, en Hongrie, en Autriche, au Portugal, en Slovaquie, en Croatie et plus de 20 % dans des pays qui déclarent une production d'amphétamine ou des niveaux de consommation relativement élevés (Estonie, Lituanie,

Pays-Bas, Pologne, Finlande, Norvège)⁽⁶¹⁾. Au cours des cinq dernières années, la pureté de l'amphétamine a décliné dans 17 des 18 pays pour lesquels les données fournies sont suffisantes pour permettre une analyse des tendances.

En 2009, les prix de vente moyens au détail de l'amphétamine étaient compris entre 10 et 23 euros le gramme dans plus de la moitié des 14 pays fournissant des données. Les prix de vente au détail de l'amphétamine ont baissé ou sont restés stables dans les 17 pays ayant fourni des données pendant la période 2004-2009, à l'exception des Pays-Bas, où ils ont augmenté au cours de cette période, et de la Slovaquie, qui a rapporté une forte hausse en 2009⁽⁶²⁾.

Méthamphétamine

Le nombre de laboratoires signalés de méthamphétamine dans le monde a progressé de 22 % en 2009. Comme l'année précédente, la poussée la plus forte a été enregistrée en Amérique du Nord, en particulier aux États-Unis, mais les laboratoires clandestins ont continué à se multiplier en Asie de l'Est et du Sud-Est. En outre, une activité accrue liée à la production de méthamphétamine a été observée en Amérique latine et en Afrique. En 2009, 31 tonnes de méthamphétamine ont été saisies, soit une forte progression par rapport aux 22 tonnes interceptées en 2008. Pour l'essentiel, cette drogue a été saisie en Amérique du Nord (44 %), où le Mexique représentait un niveau exceptionnellement élevé de 6,1 tonnes en 2009 (ONUDC, 2011).

La production illicite de méthamphétamine en Europe est concentrée en République tchèque, où 342 sites de production, pour la plupart des «cuisines» de petite taille, ont été recensés en 2009 (contre 434 en 2008). La production de cette drogue est également signalée en Slovaquie, où elle a augmenté en 2009, ainsi qu'en Allemagne, en Lituanie et en Pologne.

En 2009, près de 7 400 saisies de méthamphétamine, soit environ 600 kg de drogue, ont été réalisées en Europe. Tant le nombre de saisies que les quantités de méthamphétamine interceptées ont connu une croissance au cours de la période 2004-2009, avec une progression marquée en 2008 et 2009. Les quantités saisies ont doublé entre 2008 et 2009, principalement en raison

⁽⁵⁸⁾ La plupart des comprimés d'amphétamine interceptés (94 %) étaient étiquetés comme étant du Captagon et ont été récupérés en Turquie. Le Captagon est l'une des marques déposées de la fénétylline, un stimulant de synthèse du système nerveux central. Les comprimés vendus sur le marché des drogues illicites comme étant du Captagon contenaient généralement de l'amphétamine mélangée à de la caféine.

⁽⁵⁹⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire dans la mesure où les données néerlandaises ne sont pas encore disponibles pour 2008 et 2009.

⁽⁶⁰⁾ Les données sur les saisies de drogue effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans les tableaux SZR-11 à SZR-18 du bulletin statistique 2011.

⁽⁶¹⁾ Les données sur la pureté des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-8 du bulletin statistique 2011. Les indices des tendances de l'UE peuvent être consultés dans le graphique PPP-2 du bulletin statistique 2011.

⁽⁶²⁾ Les données sur les prix des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-4 du bulletin statistique 2011.

de la hausse des quantités récupérées en Suède et en Norvège, qui arrivent en tête des saisies de cette drogue en Europe, où elle pourrait partiellement remplacer l'amphétamine. La Turquie a déclaré des saisies de méthamphétamine pour la première fois en 2009 et se classe troisième en termes de quantités interceptées. D'après les informations reçues, les quantités relativement importantes de méthamphétamine saisies en Turquie transitaient depuis l'Iran à destination de l'Asie de l'Est et du Sud-Est.

La pureté de la méthamphétamine a fortement varié en 2009 dans les 17 pays déclarants, avec des taux de pureté moyens inférieurs à 15 % en Bulgarie et en Estonie et supérieurs à 65 % en République tchèque, aux Pays-Bas, en Slovaquie et en Croatie. Aucune tendance générale ne peut être dégagée en ce qui concerne la pureté de la méthamphétamine. Les prix de vente au détail de la méthamphétamine ont également sensiblement fluctué en 2009 dans les six pays qui fournissent ces données, allant de 10 euros le gramme en Bulgarie, en Lituanie et en Slovaquie à près de 70 euros le gramme en Allemagne et en Slovaquie.

Ecstasy

Le nombre déclaré (52) de laboratoires d'ecstasy démantelés en 2009 est quasiment inchangé. La plupart de ces laboratoires étaient situés en Australie (19), en Indonésie (18) et au Canada (12). La production d'ecstasy semble avoir continué à s'étendre géographiquement, la fabrication se rapprochant des marchés de consommation en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique du Nord et en Océanie. Malgré cela, il est probable que l'Europe de l'Ouest demeure un lieu important de production d'ecstasy.

Au niveau mondial, les saisies d'ecstasy se sont élevées à 5,4 tonnes en 2009 (ONU DC, 2011), les États-Unis déclarant 63 % du total des saisies.

Après une stabilisation entre 2004 et 2006, le nombre de saisies d'ecstasy déclaré en Europe a chuté, alors que les quantités interceptées dans la plupart des pays européens ont suivi une courbe descendante depuis 2004. En 2009, près de 11 000 saisies ont été signalées en Europe, entraînant l'interception de plus de 2,4 millions de comprimés. Il s'agit toutefois d'une sous-estimation, dans la mesure où aucune donnée récente n'est disponible pour les Pays-Bas, qui déclaraient des saisies de 8,4 millions de comprimés en 2007, dernière année pour laquelle des données sont disponibles.

La teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy testés en 2009 se situait entre 3 et 108 mg dans les

dix-huit pays fournissant des données. En outre, des comprimés d'ecstasy fortement dosés contenant plus de 130 mg de MDMA ont été signalés par plusieurs pays (Belgique, Bulgarie, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Turquie). Entre 2004 et 2009, la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy a baissé dans les quatorze pays fournissant des données suffisantes.

Ces dernières années, le contenu des comprimés illicites d'ecstasy a changé en Europe. Alors qu'auparavant la plupart des comprimés analysés contenaient de la MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA) comme seule substance psychoactive, aujourd'hui, les contenus sont plus variés et des substances analogues à la MDMA sont moins présentes. Ce changement s'est accéléré en 2009, dans la mesure où les seuls pays où les substances de type MDMA ont continué à représenter une forte proportion des comprimés analysés étaient l'Italie (58 %), les Pays-Bas (63 %) et Malte (100 %).

Les amphétamines, parfois combinées à des substances analogues à la MDMA, sont relativement courantes dans les comprimés analysés en Grèce, en Espagne, en Hongrie, en Pologne, en Slovaquie et en Croatie. La plupart des autres pays déclarants mentionnent que des pipérazines, et en particulier du mCPP, ont été trouvés, seul ou en combinaison avec d'autres substances, en quantités importantes dans les comprimés d'ecstasy analysés.

Le prix de l'ecstasy a considérablement diminué par rapport aux années 1990, lorsque cette drogue a fait sa première apparition à grande échelle. Si certains rapports font état de comprimés vendus à 1 euro à peine, la plupart des pays communiquent des prix de vente moyens au détail compris entre 4 et 9 euros le comprimé. Les données disponibles pour la période 2004-2009 donnent à penser que le prix de vente au détail de l'ecstasy a continué à baisser dans toute l'Europe. En 2009, toutefois, une hausse des prix a été rapportée par les Pays-Bas, qui est aussi le pays déclarant les prix les plus bas pour cette drogue.

Hallucinogènes et autres substances

La consommation et le trafic de LSD en Europe sont jugés marginaux. Le nombre de saisies de LSD s'est légèrement accru entre 2004 et 2009, tandis que les quantités, après avoir atteint un pic de 1,8 million d'unités en 2005 grâce aux saisies records réalisées au Royaume-Uni, ont fluctué à des niveaux relativement bas depuis ⁽⁶³⁾. Les prix au détail du LSD sont restés stables dans la plupart des pays déclarants depuis 2004, tandis que la Belgique enregistrait des hausses et que des baisses étaient

⁽⁶³⁾ Il s'agit d'une analyse préliminaire dans la mesure où les données relatives aux Pays-Bas, qui déclaraient un tiers des quantités de LSD saisies en Europe en 2007, ne sont pas disponibles pour les années suivantes.

signalées par la Lettonie, l'Autriche et la Croatie. En 2009, le prix de vente moyen oscillait entre 7 et 11 euros l'unité dans la plupart des onze pays déclarants.

Seuls quatre pays sur cinq ont signalé des saisies de champignons hallucinogènes, de kétamine, de GHB et de gamma-butyrolactone (GBL) en 2009, selon les drogues. La mesure dans laquelle les saisies déclarées reflètent la consommation de ces substances ou le fait qu'elles ne sont pas ciblées de manière systématique par les services répressifs n'est pas claire.

Prévalence et modes de consommation

Dans une poignée de pays, la consommation d'amphétamine ou de méthamphétamine, souvent par injection, représente une part substantielle du nombre global d'usagers à problèmes et des personnes demandant une aide pour sortir de leur dépendance à la drogue. À la différence de ces populations de consommateurs chroniques, les drogues de synthèse, souvent combinées à de l'alcool, sont plus généralement associées aux boîtes de nuit et aux manifestations de *dance music*. Il en résulte une consommation nettement plus importante chez les jeunes et une consommation extrêmement élevée dans certains milieux ou sous-populations spécifiques. Enfin, les niveaux globaux de prévalence des drogues hallucinogènes, comme le LSD et les champignons hallucinogènes, sont généralement faibles et sont restés stables dans une large mesure ces dernières années.

Amphétamines

Selon les estimations de la prévalence de drogue, près de 12,5 millions d'Européens ont essayé des amphétamines et environ 2 millions ont consommé de la drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 6 pour un résumé des données). Chez les jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie varie fortement d'un pays à l'autre, entre 0,1 et 14,3 %, avec une moyenne européenne pondérée de 5,0 %. La consommation d'amphétamines au cours de la dernière année dans cette tranche d'âge oscille entre 0,1 et 2,5 % et la majorité des pays déclarent des taux de prévalence de 0,5 à 2,0 %. On estime qu'environ 1,5 million (1,1 %) de jeunes Européens ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie est comprise entre 1 et 8 % dans les vingt-six États membres de l'UE, la Norvège et la Croatie, selon une enquête de 2007, alors que des taux de prévalence supérieurs à 5 %

n'ont été enregistrés qu'en Bulgarie et en Lettonie. Les quatre pays qui ont réalisé des enquêtes en milieu scolaire en 2009 et 2010 (Italie, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni) ont fait état d'une prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie de 3 % ou moins ⁽⁶⁴⁾.

Les données fournies par quatre pays (Belgique, République tchèque, Pays-Bas et Royaume-Uni) sur la prévalence de la consommation d'amphétamines dans les lieux de vie nocturne en 2009 varient considérablement, avec des chiffres de consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois compris entre 6 et 24 %.

Ces dix dernières années, la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois est restée relativement faible et stable dans la plupart des pays européens, où les taux de prévalence étaient inférieurs à 3 % dans la majorité des pays déclarants, à l'exception du Royaume-Uni et du Danemark. Au Royaume-Uni, la consommation d'amphétamines au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans) a chuté de 6,2 % en 1998 à 1,8 % en 2009-2010. Au Danemark, après avoir atteint 3,1 % en 2000, elle est tombée à 2 % en 2010 (voir le graphique 8). Au cours de la période 2004-2009, seules la Norvège et la République tchèque ont rapporté un changement de plus d'un point de pourcentage en ce qui concerne la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la dernière année chez les jeunes adultes. En République tchèque, les différences en termes de méthodes d'enquête ne permettent pas de confirmer les tendances récentes. Dans l'ensemble, les enquêtes en milieu scolaire suggèrent peu de changement dans les niveaux d'expérimentation des amphétamines chez les élèves de 15 et 16 ans. Entre 2003 et 2007, la plupart des pays ont enregistré des tendances tout à la fois basses et stables de la prévalence au cours de la vie au sein de ce groupe.

Usage problématique d'amphétamines

Seul un nombre restreint de pays est en mesure de fournir des estimations de la prévalence de l'usage problématique d'amphétamines ⁽⁶⁵⁾, mais les données sur les usagers entamant un traitement pour dépendance à ces substances sont disponibles pour toute l'Europe.

Un petit pourcentage des patients entrant en traitement en Europe cite l'amphétamine comme drogue primaire et représentait environ 5 % des patients déclarés en 2009 (20 000 patients). Les consommateurs d'amphétamine représentent toutefois une part non négligeable des admissions en traitement en Suède (28 %), en Pologne (25 %) et en Finlande (17 %). Les patients traités pour

⁽⁶⁴⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2011.

⁽⁶⁵⁾ L'usage problématique d'amphétamines se définit comme la consommation par injection et de longue durée et/ou régulière de ces substances.

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

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	12,5 millions	1,5-2 millions
Moyenne européenne	3,8 %	0,5 %
Plage de données	0,0-11,7 %	0,0-1,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Malte (0,4 %) Chypre (0,7 %)	Roumanie, Malte, Grèce (0,0 %) France (0,1 %) République tchèque, Portugal (0,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (11,7 %) Danemark (6,2 %) Suède (5,0 %) Norvège (3,8 %)	Estonie (1,1 %) Royaume-Uni (1,0 %) Bulgarie, Lettonie (0,9 %) Suède (0,8 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	6,5 millions	1,5 million
Moyenne européenne	5,0 %	1,1 %
Plage de données	0,1-14,3 %	0,1-2,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Malte (0,7 %) Chypre (1,2 %)	Roumanie, Grèce (0,1 %) France (0,2 %) République tchèque (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (14,3 %) Danemark (10,3 %) Lettonie (6,1 %) Norvège (6,0 %)	Estonie (2,5 %) Bulgarie (2,1 %) Danemark (2,0 %) Allemagne, Lettonie (1,9 %)
<small>Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (336 millions) et 15-34 ans (132 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2001 et 2009-2010 (principalement entre 2004 et 2008) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2011.</small>		

leur dépendance à l'amphétamine représentent entre 6 et 10 % des admissions en traitement déclarées dans cinq autres pays (Belgique, Danemark, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas); ailleurs, la proportion est inférieure à 5 %. En outre, des stimulants autres que la cocaïne sont mentionnés comme drogue secondaire par près de 20 000 patients entrant en traitement pour une dépendance à d'autres drogues primaires ⁽⁶⁶⁾.

Les consommateurs d'amphétamine entamant un traitement ont en moyenne 30 ans et le rapport hommes/femmes est plus faible que pour toute autre drogue illicite. Les pays où les consommateurs d'amphétamine représentent les pourcentages les plus élevés d'admissions en traitement (Lettonie, Suède, Finlande), avec des chiffres compris entre 59 et 83 % de patients consommant de l'amphétamine comme drogue primaire par injection, rapportent des niveaux élevés de consommation d'amphétamine par injection ⁽⁶⁷⁾.

Les tendances de l'entrée en traitement des consommateurs d'amphétamine sont restées stables dans la plupart des pays entre 2004 et 2009, avec une légère baisse des patients entamant un traitement pour la première fois, qui est essentiellement due à une baisse du nombre de nouveaux patients dépendants à l'amphétamine en Finlande et en Suède (OEDT, 2010d).

Contrairement à d'autres régions du monde où la consommation de méthamphétamine a augmenté ces dernières années, en Europe, sa consommation reste limitée. Historiquement, la consommation de méthamphétamine était concentrée en République tchèque et, plus récemment, en Slovaquie. En 2009, en République tchèque, on estimait le nombre d'utilisateurs de méthamphétamine à problèmes entre 24 600 et 25 900 personnes (3,3 à 3,5 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge 15-64 ans), soit près de deux fois le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes. Cela

⁽⁶⁶⁾ Voir les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-22 du bulletin statistique 2011.

⁽⁶⁷⁾ Voir les tableaux TDI-5 (partie iv) et TDI-37 du bulletin statistique 2011.

représente une hausse statistiquement significative par rapport aux années précédentes. En Slovaquie, le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes était estimé entre 5 800 et 15 700 personnes en 2007 (1,5 à 4,0 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge 15-64 ans), soit environ 20 % de moins que le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes.

Une large proportion des patients qui commencent un traitement en République tchèque (61 %) et en Slovaquie (30 %) cite la méthamphétamine comme drogue primaire. Ces deux pays indiquent une augmentation du nombre et du pourcentage global de nouveaux patients entrés en traitement pour une dépendance à la méthamphétamine au cours de la décennie écoulée. Parmi les personnes demandant de l'aide pour une dépendance à la méthamphétamine, l'injection est un mode de consommation courant en République tchèque (79 %) et, dans une moindre mesure, en Slovaquie (37 %), avec des chiffres globaux en baisse depuis 2004. Les patients traités pour dépendance à la méthamphétamine dans ces pays sont, en moyenne, âgés de 25 ans lorsqu'ils entament un traitement ⁽⁶⁸⁾.

Ces dernières années, la méthamphétamine a également fait son apparition sur le marché de la drogue dans d'autres pays, en particulier dans le nord de l'Europe (Norvège, Suède, Lettonie et, dans une moindre mesure, Finlande), où elle semble avoir partiellement remplacé l'amphétamine, les consommateurs ne pouvant pratiquement pas les distinguer l'une de l'autre.

Ecstasy

Les estimations de la prévalence de l'ecstasy suggèrent que près de 11 millions d'Européens ont expérimenté l'ecstasy et qu'environ 2,5 millions ont consommé cette drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 7 pour un résumé des données). L'usage de cette drogue au cours des douze derniers mois est concentré chez les jeunes adultes, les hommes déclarant une consommation largement supérieure à celle des femmes dans tous les pays, à l'exception de la Grèce, de la Roumanie, de la Finlande et de la Suède. La prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie dans la tranche d'âge 15-34 ans va de moins de 0,6 à 12,7 %, la plupart des estimations nationales étant comprises entre 2,1 et 5,8 % ⁽⁶⁹⁾.

Tableau 7: Prévalence de la consommation d'ecstasy dans la population générale — Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	11 millions	2,5 millions
Moyenne européenne	3,2 %	0,7 %
Plage de données	0,3-8,3 %	0,1-1,6 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,3 %) Grèce (0,4 %) Malte (0,7 %) Norvège (1,0 %)	Roumanie, Suède (0,1 %) Malte, Grèce (0,2 %) Danemark, Pologne, Norvège (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (8,3 %) Irlande (5,4 %) Espagne (4,9 %) Lettonie (4,7 %)	Royaume-Uni, Slovaquie (1,6 %) Lettonie (1,5 %) République tchèque (1,4 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	2 millions
Moyenne européenne	5,5 %	1,4 %
Plage de données	0,6-12,7 %	0,2-3,2 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie, Grèce (0,6 %) Malte (1,4 %) Pologne, Norvège (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Roumanie, Suède (0,2 %) Grèce (0,4 %) Norvège (0,6 %) Pologne (0,7 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,7 %) République tchèque (9,3 %) Irlande (9,0 %) Lettonie (8,5 %)	Royaume-Uni (3,2 %) République tchèque (2,8 %) Slovaquie, Lettonie, Pays-Bas (2,7 %)
Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (336 millions) et 15-34 ans (132 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2001 et 2009-2010 (principalement entre 2004 et 2008) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2011.		

⁽⁶⁸⁾ Voir les tableaux TDI-2 (partie i), TDI-3 (partie iii) et TDI-5 (partie ii et partie iv) du bulletin statistique 2011 et le tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2006.

⁽⁶⁹⁾ Voir le tableau GPS-7 (partie iv) du bulletin statistique 2011.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie était comprise entre 1 et 5 % dans la plupart des pays de l'UE étudiés en 2007. Quatre pays seulement ont affiché des taux de prévalence supérieurs: la Bulgarie, l'Estonie, la Slovaquie (6 % chacun) et la Lettonie (7 %). Les quatre pays ayant mené une enquête en milieu scolaire en 2009 (Italie, Slovaquie, Suède et Royaume-Uni) faisaient état d'une prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie de 5 % ou moins ⁽⁷⁰⁾.

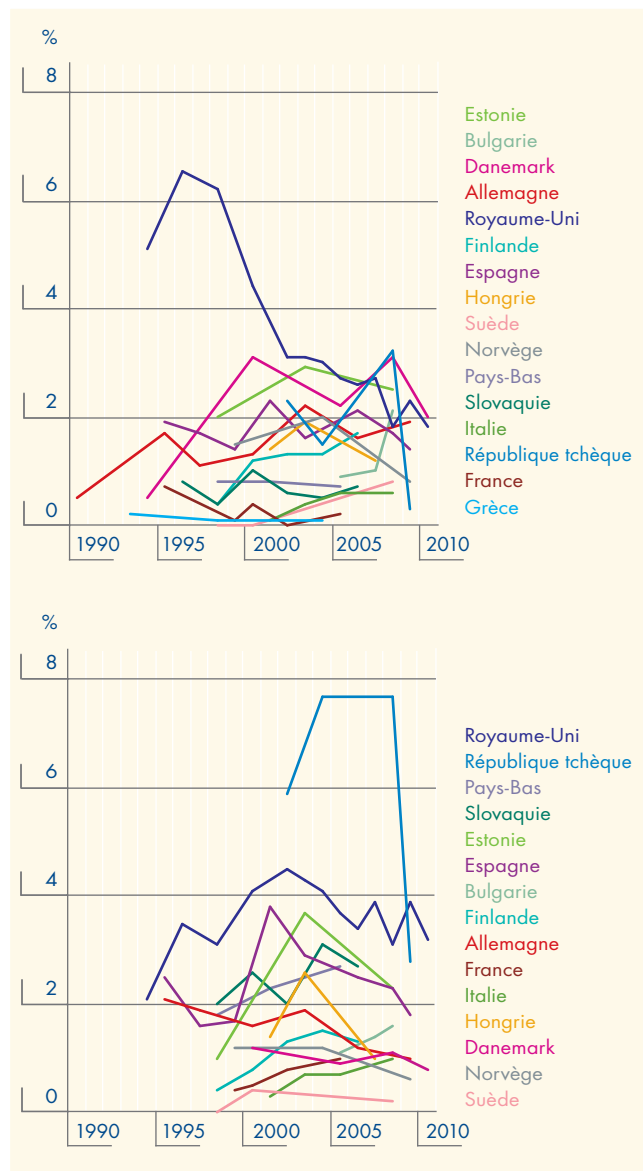
Des études qualitatives donnent une idée de l'usage «récréatif» de stimulants par les jeunes adultes fréquentant divers lieux de vie nocturne en Europe. Ces études mettent en évidence des différences significatives dans les profils de consommation des clients, les personnes qui fréquentent les lieux de *dance music* étant plus susceptibles de déclarer une consommation de drogue que celles qui fréquentent d'autres lieux de vie nocturne. Les données relatives à la prévalence de la consommation d'ecstasy dans les lieux de vie nocturne en 2009 ne sont disponibles que pour quatre pays (Belgique, République tchèque, Pays-Bas et Royaume-Uni), mais elles montrent des variations considérables dans les niveaux déclarés de consommation récente (douze derniers mois), allant de 10 à 75 %. La consommation d'ecstasy était plus courante que celle d'amphétamines dans les lieux échantillonnés.

Entre 2003 et 2009, aucun pays n'a signalé de hausse de la consommation d'ecstasy et l'Estonie, l'Espagne, l'Allemagne, la Hongrie et le Royaume-Uni ont indiqué une baisse d'un point de pourcentage de la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois chez les 15-34 ans. On observe toutefois des variations entre les pays. Ainsi, dans les pays déclarant des niveaux supérieurs à la moyenne de consommation d'ecstasy au cours de la dernière année, la consommation de drogue chez les 15-34 ans a généralement culminé entre 3 et 5 % au début des années 2000 (Estonie, Espagne, Slovaquie, Royaume-Uni; voir le graphique 8). La République tchèque fait figure d'exception, puisque les estimations de la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois ont connu un pic en 2008 à 7,7 % et sont tombées à 2,8 % en 2009. En République tchèque, les différences dans les méthodes d'enquête ne permettent pas de confirmer les tendances récentes.

Dans l'ensemble, les enquêtes en milieu scolaire suggèrent peu de changement dans les niveaux d'expérimentation de l'ecstasy chez les élèves de 15 et 16 ans. Entre 2003 et 2007, la plupart des pays ont enregistré des tendances basses et stables de la prévalence d'ecstasy au cours de la vie au sein de ce groupe, tandis que sept pays signalaient une hausse de la prévalence et trois autres un recul, le seuil retenu étant une différence de 2 points de

pourcentage. Les études réalisées dans les lieux festifs en Europe peuvent donner à penser que la prévalence de l'ecstasy est en recul. À Amsterdam, une étude portant sur les visiteurs des *coffee shops* a fait apparaître une forte chute de la consommation d'ecstasy au cours du dernier mois, de 23 % en 2001 à 6 % en 2009; cette étude a également observé un recul de la consommation

Graphique 8: Tendances de la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation d'amphétamines (en haut) et d'ecstasy (en bas) chez les jeunes adultes (15-34 ans)



NB: Seules les données relatives aux pays ayant mené au moins trois enquêtes entre 1998 et 2009-2010 sont présentées. La République tchèque étudie les raisons expliquant la grande variabilité des résultats des enquêtes, qui semble en partie due à des changements méthodologiques. Les données sont fournies à des fins d'information, mais les comparaisons doivent être faites avec prudence. Voir les graphiques GPS-8 et GPS-21 du bulletin statistique 2011 pour de plus amples informations.

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

⁽⁷⁰⁾ Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2011.

d'ecstasy au cours de la vie de 63 à 41 % au cours de la même période. Une étude belge réalisée régulièrement dans les lieux de vie nocturne a montré que l'ecstasy n'est plus la deuxième drogue illicite la plus utilisée. Dans les enquêtes précédentes, la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois était toujours comprise entre 15 et 20 %, mais elle est tombée à 10 % en 2009.

Peu d'usagers de drogue demandent un traitement pour une dépendance à l'ecstasy. En 2009, cette substance était citée comme drogue primaire par moins de 1 % (1 300) de tous les patients déclarés en traitement. Avec un âge moyen de 26 ans, les patients traités pour dépendance à l'ecstasy comptent parmi les plus jeunes entamant un traitement et le rapport est de trois à quatre hommes pour une femme. Les patients traités pour dépendance à l'ecstasy déclarent souvent la consommation concomitante d'autres substances, comme l'alcool, la cocaïne et, dans une moindre mesure, le cannabis et les amphétamines ⁽⁷¹⁾.

La consommation combinée d'ecstasy ou d'amphétamines avec de l'alcool est mentionnée dans des études européennes. Dans neuf pays européens, les enquêtes de population montrent que les gros consommateurs d'alcool ou les personnes qui en consomment fréquemment déclarent des niveaux de prévalence de la consommation d'amphétamines ou d'ecstasy largement supérieurs à ceux de la population moyenne (OEDT, 2009b). De même, l'analyse des données de l'enquête scolaire ESPAD portant sur vingt-deux pays fait apparaître que 86 % des élèves de 15 et 16 ans qui ont déclaré avoir pris de l'ecstasy au cours du dernier mois ont également indiqué avoir bu cinq boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion (OEDT, 2009b).

Hallucinogènes, GHB et kétamine

Chez les jeunes adultes (15-34 ans), les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD en Europe oscillent entre 0 et 5,5 %. Des niveaux de prévalence sensiblement plus bas sont rapportés pour la consommation au cours de la dernière année ⁽⁷²⁾. Dans les rares pays fournissant des données comparables, la plupart rapportent des niveaux plus élevés de consommation pour les champignons hallucinogènes que pour le LSD, à la fois dans la population générale et chez les élèves. Les estimations de la prévalence au cours de la vie des champignons hallucinogènes chez les jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 14,1 % et la prévalence au cours de la dernière année est estimée entre 0,2 et 5,9 %. Parmi les élèves de 15 et 16 ans, dans

la plupart des pays, la prévalence au cours de la vie de la consommation de champignons hallucinogènes est estimée entre 1 et 4 %, la Slovaquie (5 %) et la République tchèque (7 %) déclarant des niveaux supérieurs ⁽⁷³⁾.

Les estimations de la prévalence de la consommation de GHB et de kétamine dans les populations adulte et scolaire sont nettement inférieures à celles de la cocaïne et de l'ecstasy. Toutefois, la consommation de ces substances peut être plus élevée au sein de groupes, de lieux et de zones géographiques spécifiques. Des enquêtes ciblées comprenant des estimations de la prévalence de la consommation de ces drogues ont été menées récemment en Belgique, en République tchèque, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Il en ressort que la prévalence au cours de la vie de la consommation de GHB est comprise entre 3,9 et 14,3 % et que la prévalence au cours du dernier mois peut atteindre 4,6 %. Selon ces mêmes études, les estimations de la consommation de kétamine oscillent entre 2,9 et 62 % pour la consommation au cours de la vie et entre 0,3 et 28 % pour la consommation au cours du dernier mois. Il existe des différences marquées selon les études et les pays et la prévalence élevée de la consommation de kétamine n'apparaît que dans une étude réalisée en 2010 par un magazine de musique britannique (Winstock, 2011). Dans celle-ci, les niveaux de consommation de kétamine sont nettement supérieurs à ceux du GHB. Cette prévalence élevée de la kétamine peut être due à une autosélection des répondants et à leurs profils et attitudes particuliers en matière de consommation de drogue. Les Pays-Bas ont indiqué que la kétamine a gagné une certaine popularité parmi les lanceurs de tendances dans l'ouest, mais la prévalence au cours du dernier mois parmi les personnes qui ont assisté à de grandes fêtes en 2009 reste plus basse (1,2 %) que pour le GHB (4,6 %). Parmi les clients des *coffee shops* d'Amsterdam en 2009, la consommation de GHB au cours du dernier mois était égale à celle de l'amphétamine au cours du dernier mois et s'établissait à 1,5 %. Des études qualitatives menées en Allemagne, en Estonie, en France et aux Pays-Bas révèlent qu'un risque élevé de surdose conduisant à l'inconscience ou au coma est associé à la consommation de GHB.

Aucune tendance générale ne se dégage des enquêtes répétées réalisées auprès des *clubbers* ou dans des lieux récréatifs en ce qui concerne la consommation de GHB et de kétamine et les changements rapportés sont infimes, dans la plupart des cas. Les études sur les lieux récréatifs en Belgique indiquent que la consommation de GHB et de kétamine au cours des trente derniers jours est

⁽⁷¹⁾ Voir les tableaux TDI-5, TDI-8 et TDI-37 (partie i, partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2011.

⁽⁷²⁾ Voir le tableau GPS-1 du bulletin statistique 2011.

⁽⁷³⁾ Données de l'ESPAD pour tous les pays, à l'exception de l'Espagne. Voir le graphique EYE-3 (partie v) du bulletin statistique 2011.

passée de 2 à 3 % entre 2008 et 2009. En République tchèque, des études sur les lieux de vie nocturne montrent que la prévalence de la consommation de GHB au cours de l'année écoulée est passée de 1,4 % en 2007 à 3,9 % en 2009 et celle de kétamine de 2,2 à 2,9 % au cours de la même période. Les clients des *coffee shops* d'Amsterdam ont déclaré une baisse de la consommation de GHB au cours du dernier mois, qui a reculé de 2,8 % en 2001 à 1,5 % en 2009. Néanmoins, les tendances observées à Amsterdam ne sont pas représentatives de la situation dans le reste des Pays-Bas. De même, parmi les répondants à l'enquête du magazine musical britannique, la consommation de GHB au cours du dernier mois est passée de 1,7 % en 2009 à moins de 1 % en 2010 et celle de kétamine a décliné, passant de 32,4 à 28 % au cours de la même période.

Interventions dans les espaces récréatifs

En dépit des niveaux élevés de la consommation de drogue dans les lieux récréatifs, treize pays seulement font rapport sur la mise en œuvre de mesures de prévention ou de réduction des risques dans ces espaces. Les mesures rapportées sont toujours axées sur la fourniture d'informations et de conseils. Cet accent transparait également clairement des mesures contenues dans la *Healthy Nightlife Toolbox*, une initiative financée par l'UE et basée sur l'internet, dont le but est de contribuer à réduire la consommation de drogue et d'alcool dans les lieux de vie nocturne. Le projet «*Safer Night life*», une autre initiative financée par l'UE au titre du programme «*Democracy, Cities & Drugs II (2008-2011)*», a pour but d'aller plus loin que la fourniture d'informations et d'améliorer les programmes de prévention axés sur la vie nocturne et la formation des professionnels.

Une analyse systématique récente des stratégies de réduction des risques mises en œuvre dans les espaces récréatifs a conclu qu'elles sont rarement évaluées et que leur efficacité n'est pas toujours évidente (Akbar e.a., 2011). Cette analyse a également montré que les interventions axées sur la formation du personnel des lieux récréatifs étaient les types de programmes les plus fréquemment disponibles. Ces programmes couvrent généralement des thèmes tels que la manière de reconnaître les signes d'intoxication et quand et comment refuser de servir des clients. Dans le cadre du projet autrichien «*taktisch klug*» (tactique intelligente), les organisateurs des événements sont assistés lors de la phase préparatoire et les participants se voient proposer des conseils pour les aider à développer une approche plus critique vis-à-vis des substances psychoactives et des

comportements à risque. Les modèles environnementaux à composantes multiples, qui comptent parmi les programmes dont les résultats d'évaluation sont les plus prometteurs, sont surtout mentionnés par les pays du nord de l'Europe.

Il ressort des études menées dans des centres de vie nocturne internationaux que ces endroits peuvent être associés au recrutement, à l'escalade et à la rechute d'une consommation de drogue et pourraient jouer un rôle dans la diffusion internationale des cultures de drogue. Les recherches insistent sur les niveaux élevés de consommation de drogue et d'initiation à la consommation dans certains de ces endroits. Ainsi une étude des jeunes d'Espagne, d'Allemagne et du Royaume-Uni se rendant à Ibiza et à Majorque a observé des différences significatives dans la consommation de drogue en fonction de la nationalité et entre les deux destinations. Les niveaux de consommation étaient particulièrement élevés parmi les visiteurs espagnols et britanniques d'Ibiza et un visiteur britannique sur cinq avait expérimenté au moins une nouvelle drogue pendant ses vacances sur l'île (Bellis e.a., 2009).

Traitement

Usage problématique d'amphétamines

Les options de traitement disponibles pour les usagers d'amphétamines en Europe sont souvent le reflet de l'histoire nationale et des modes de consommation problématique d'amphétamines, qui diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Dans les pays de l'ouest et du sud de l'Europe, les systèmes de traitement se sont surtout spécialisés pour répondre aux besoins des opiomanes. En dépit du faible niveau de la consommation problématique d'amphétamines dans ces pays, l'absence de services spécialisés peut être un obstacle à l'accès au traitement de ces usagers, en particulier pour les usagers d'amphétamines mieux intégrés socialement (OEDT, 2010d). Dans les pays d'Europe septentrionale et centrale ayant une longue expérience du traitement de l'usage d'amphétamines, certains programmes sont adaptés aux besoins des consommateurs d'amphétamines. Dans les pays d'Europe centrale et orientale où l'émergence d'un usage problématique important d'amphétamines est plus récente, les programmes de traitement sont principalement axés sur les opiomanes à problèmes et ont été lents à répondre aux besoins des usagers d'amphétamines. Une étude réalisée en 2008 par des experts nationaux a conclu que moins de la moitié des pays européens mentionnent l'existence de programmes

Conséquences de la consommation d'amphétamines sur la santé

L'usage d'amphétamines à des fins médicales a été associé à divers effets secondaires comme l'anorexie, l'insomnie et les maux de tête. La consommation d'amphétamines illicites est mise en rapport avec des conséquences négatives plus larges (OEDT, 2010d), telles que des effets négatifs de courte durée (agitation, tremblements, anxiété, vertiges), un «crash» ou une «descente» après la prise (dépression, troubles du sommeil, comportement suicidaire), des effets psychologiques et psychiatriques en cas de consommation sur une longue période (psychose, comportement suicidaire, anxiété et comportement violent) ainsi qu'une dépendance avec un large éventail de symptômes de manque.

De nombreuses études portant sur les effets de la consommation d'amphétamines sur la santé ont été menées en Australie et aux États-Unis, deux pays où la consommation de méthamphétamine, notamment l'inhalation de «crystal met», représente une part importante du phénomène de la drogue. Bien que la consommation de méthamphétamine soit comparativement peu fréquente en Europe, ces effets sur la santé ont également été signalés en Europe. Des problèmes vasculaires cérébraux ont été identifiés (risque d'ischémie et d'accidents vasculaires hémorragiques) ainsi que des pathologies cardiovasculaires aiguës et chroniques (accélération extrême du rythme cardiaque et augmentation de la tension artérielle). En cas de consommation chronique ou de pathologie cardiovasculaire préexistante, ces substances peuvent déclencher des accidents graves et potentiellement mortels (ischémie du myocarde et infarctus). Parmi les autres effets sur la santé, on peut citer la neurotoxicité, une croissance réduite du fœtus associée à une consommation d'amphétamine durant la grossesse et des affections dentaires.

Bien que rare parmi les usagers européens d'amphétamines, l'injection accroît le risque de maladies infectieuses (VIH et hépatites). La République tchèque a enregistré des taux élevés de comportement sexuel à risque chez les usagers de méthamphétamine, ce qui les rend plus vulnérables aux infections transmises sexuellement. Des études menées en République tchèque, en Lettonie et aux Pays-Bas ont mis en lumière des taux de mortalité élevés parmi les usagers d'amphétamines chroniques ou dépendants. Cependant, l'estimation de la mortalité liée aux amphétamines est complexe en raison de la polyconsommation de drogue (essentiellement l'usage concomitant d'héroïne et de cocaïne).

de traitement spécialisé pour les usagers d'amphétamines qui recherchent activement un traitement.

Le traitement psychosocial dispensé dans des services ambulatoires est la forme la plus courante de traitement des usagers d'amphétamines. Les usagers plus problématiques, par exemple ceux dont la dépendance aux amphétamines est compliquée par des troubles

psychiatriques concomitants, peuvent recevoir un traitement dans des services antidroge en hébergement, dans des cliniques psychiatriques ou en milieu hospitalier. En Europe, des médicaments (antidépresseurs, sédatifs ou antipsychotiques) sont administrés pour traiter les premiers symptômes de sevrage au début d'une désintoxication, qui se déroule généralement dans des services psychiatriques spécialisés dans le cadre d'une hospitalisation. Un traitement plus long à base d'antipsychotiques est parfois prescrit dans le cas de psychopathologies longues dues à une consommation chronique d'amphétamines. Des professionnels européens rapportent que les problèmes psychiatriques dont souffrent souvent les usagers d'amphétamines à problèmes sont difficiles à traiter dans le cadre thérapeutique. En Hongrie, le premier protocole professionnel concernant le traitement des usagers d'amphétamines a été publié par le ministère de la santé au début de 2008. Ce protocole couvre le diagnostic, la structure indiquée de traitement par sevrage médicalement assisté, d'autres thérapies et la réadaptation.

Études sur le traitement de la dépendance aux amphétamines

Bien que la République tchèque et le Royaume-Uni signalent la prescription limitée de traitement de substitution, il n'existe actuellement aucune preuve disponible pour confirmer l'efficacité de cette approche. Les cliniciens explorent toutefois activement des thérapies pharmacologiques susceptibles de contribuer à traiter la dépendance aux amphétamines. La dextroamphétamine, un stimulant du système nerveux central, testée sur des patients dépendants à la méthamphétamine, a donné des résultats positifs au niveau de la réduction des symptômes de besoin et de manque et de la rétention des patients en traitement, mais elle n'a pas réduit la consommation de méthamphétamine par rapport à un placebo (Galloway e.a., 2011; Longo e.a., 2010). Des études portant sur l'effet du Modafinil, un médicament utilisé pour réguler la somnolence, sur des personnes dépendantes à la méthamphétamine ont conclu à des améliorations possibles de la mémoire active (Kalechstein e.a., 2010), mais aucune différence n'a été observée par rapport à un placebo en termes de niveaux de consommation, de rétention en traitement, de dépression ou de manque (Heinzerling e.a., 2010).

Le Bupropion, un antidépresseur utilisé pour aider à arrêter de fumer, a été expérimenté auprès d'un petit groupe d'homosexuels masculins dépendants à la méthamphétamine (Elkashaf e.a., 2008); une étude plus vaste est nécessaire pour confirmer les résultats positifs enregistrés. Une autre étude pilote, visant à contrôler

les symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les usagers d'amphétamine à problèmes, a combiné l'administration de méthylphénidate à libération prolongée avec des séances hebdomadaires d'acquisition de compétences, mais aucune différence n'a été relevée avec le groupe placebo (Konstenius e.a., 2010).

Plusieurs expériences sont en cours dans ce domaine, y compris des études sur l'administration de naltrexone à libération prolongée pour la dépendance à l'amphétamine et, en ce qui concerne la dépendance à la méthamphétamine, des études sur un antagoniste de monoamines, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, le *N*-acétylcystéine, la rivastigmine et la varénicline.

Les interventions psychologiques et comportementales destinées aux problèmes de dépendance à la méthamphétamine sont au cœur d'un petit nombre d'études. Une étude australienne a tenté de comparer deux approches psychologiques pour la consommation de méthamphétamine, mais l'abandon des patients était trop élevé pour obtenir des résultats significatifs (Smout e.a., 2010). Les expériences en cours dans ce domaine portent sur l'impact des entretiens de motivation et de l'acquisition de compétences comportementales et cognitives sur la dépendance à la méthamphétamine.

Dépendance au gamma-hydroxybutyrate et traitement

La dépendance au GHB est un état clinique reconnu, pouvant provoquer un syndrome de manque sévère

lorsque la consommation est brutalement interrompue après un usage régulier ou chronique. Il est démontré que la dépendance physique peut survenir chez des usagers récréatifs et des cas de symptômes de manque ont été documentés lors de la cessation de la prise de GHB et de ses précurseurs. Une dépendance au GHB a également été signalée chez d'anciens alcooliques (Richter e.a., 2009).

Les études disponibles s'intéressent surtout à la description du syndrome de manque associé au GHB et aux complications connexes, qui peuvent être difficiles à reconnaître en cas d'urgence (van Noorden e.a., 2009). Ces symptômes peuvent inclure de l'inquiétude, des crises d'angoisse, de l'insomnie, des sueurs, de la tachycardie et de l'hypertension. Les patients en manque peuvent également développer une psychose et un délire. Un sevrage doux peut être géré dans des structures ambulatoires; à défaut, une surveillance en milieu hospitalier est recommandée. Pour l'instant, aucun protocole standard n'a été mis au point pour le traitement du syndrome de manque lié au GHB.

Les benzodiazépines et les barbituriques sont les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter les problèmes aigus liés à la consommation de GHB. Aux États-Unis, une petite étude est actuellement en cours en vue de comparer la benzodiazépine lorazepam avec le barbiturique pentobarbital dans la réduction des symptômes subjectifs de manque chez les personnes dépendantes au GHB. Aux Pays-Bas, une étude est menée en vue d'élaborer des lignes directrices fondées sur des preuves pour le traitement de la dépendance au GHB.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Chapitre 5

Cocaïne et crack

Introduction

La cocaïne reste la deuxième drogue illicite la plus consommée en Europe, bien que les niveaux de prévalence et les tendances varient considérablement entre les pays. Des niveaux élevés de consommation de cocaïne ne sont observés que dans un petit nombre de pays, essentiellement en Europe de l'Ouest, tandis qu'ailleurs, la consommation de cette drogue reste limitée. On observe également une grande diversité entre les consommateurs de cocaïne: cocaïnomanes occasionnels et consommateurs réguliers mieux intégrés socialement, qui sniffent généralement de la poudre, et des usagers marginaux et souvent dépendants, qui s'injectent de la cocaïne ou prennent du crack.

Offre et disponibilité

Production et trafic

La culture de la coca, la plante à la base de la cocaïne, reste concentrée dans trois pays de la région des Andes: la Colombie, le Pérou et la Bolivie. Pour l'année 2010, l'ONUDC (2011) estimait que la superficie de la culture de coca couvrait 149 000 hectares, un recul de 6 % par rapport à l'estimation de 158 000 hectares en 2009. Ce recul est en grande partie attribué à une réduction de la superficie de culture de la coca en Colombie, qui a été partiellement compensée par une augmentation des superficies cultivées au Pérou et en Bolivie. Les 149 000 hectares de coca se traduisaient par une production potentielle comprise

Tableau 8: Production, saisies, prix et pureté de la cocaïne et du crack

	Cocaïne en poudre (chlorhydrate)	Crack (cocaïne base) ⁽¹⁾
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	786-1 054	n.d.
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	732 ⁽²⁾	n.d.
Quantité saisie (en tonnes) UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie) ⁽³⁾	49 (49)	0,09 (0,09)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	98 500 (99 000)	7 500 (7 500)
Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme) Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽⁴⁾	45-104 (50,2-78,2)	55-70
Pureté moyenne (%) Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽⁴⁾	18-51 (25,0-38,7)	6-75

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

⁽²⁾ Estimations de l'ONUDC. Ce chiffre est équivalent à une quantité comprise entre 431 et 562 tonnes de cocaïne pure.

⁽³⁾ La quantité totale de cocaïne saisie en 2009 est probablement sous-estimée, en grande partie du fait de l'absence de données récentes pour les Pays-Bas, pays ayant déclaré des saisies relativement importantes jusqu'en 2007. En l'absence de données pour 2008 et 2009, les valeurs pour les Pays-Bas ne peuvent pas être incluses dans les estimations européennes pour 2009.

⁽⁴⁾ Intervalle de la moitié des données médianes déclarées.

NB: Toutes les données se rapportent à 2009; n.d. = non disponible.

Sources: ONUDC (2011) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

entre 786 et 1 054 tonnes de cocaïne pure, contre une estimation comprise entre 842 et 1 111 tonnes en 2009 (ONUDDC, 2011).

Le processus de transformation des feuilles de coca en chlorhydrate de cocaïne s'effectue essentiellement en Colombie, au Pérou et en Bolivie, bien qu'il puisse également avoir lieu dans d'autres pays. L'importance de la Colombie dans la production de cocaïne est corroborée par les informations sur les laboratoires démantelés et les saisies de permanganate de potassium, un réactif chimique utilisé dans la synthèse du chlorhydrate de cocaïne. En 2009, 2 900 laboratoires de cocaïne ont été démantelés (ONUDDC, 2011) et un total de 23 tonnes de permanganate de potassium a été saisi en Colombie (90 % des saisies mondiales) (OICS, 2011a).

Le trafic de cocaïne à destination de l'Europe semble transiter par la plupart des pays d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale, mais surtout par l'Argentine, le Brésil, l'Équateur, le Venezuela et le Mexique. Les îles Caraïbes sont aussi fréquemment utilisées pour le transbordement de la drogue vers l'Europe. Ces dernières années, d'autres itinéraires passant par l'Afrique de l'Ouest ont été identifiés (OEDT et Europol, 2010). Bien qu'une «baisse importante» des saisies de cocaïne transitant par l'Afrique de l'Ouest ait été relevée depuis 2007 (ONUDDC, 2011), il est probable que des quantités significatives de cette substance traversent toujours la région (OEDT et Europol, 2010).

L'Espagne, les Pays-Bas et le Portugal et, dans une certaine mesure, la Belgique semblent être les principaux points d'entrée de la cocaïne en Europe. L'Allemagne, la France et le Royaume-Uni sont souvent mentionnés comme d'importants pays de transit ou d'importation en Europe. Le Royaume-Uni estime que 25 à 30 tonnes de cocaïne sont importées chaque année dans le pays. Selon des rapports récents, le trafic de cocaïne pourrait s'étendre vers l'est (OEDT et Europol, 2010; OICS, 2011b). Les données agrégées de douze pays d'Europe centrale et orientale font apparaître une hausse des saisies de cocaïne, dont le nombre est passé de 666 en 2004 à 1 232 en 2009, ce qui ne représente toujours qu'environ 1 % du total des saisies européennes. Les quantités de cocaïne interceptées dans cette région ont plus que doublé entre 2008 et 2009, essentiellement grâce aux saisies records réalisées en Bulgarie (0,23 tonne) et en Roumanie (1,3 tonne), deux pays situés le long de la fameuse route des Balkans, qui est généralement associée au trafic d'héroïne.

Saisies

La cocaïne est la drogue qui fait l'objet du trafic le plus intense dans le monde, après le cannabis végétal et la résine de cannabis. En 2009, les saisies de cocaïne à l'échelle mondiale sont restées assez stables, à environ 732 tonnes (voir le tableau 8) (ONUDDC, 2011). L'Amérique du Sud reste la région du monde qui intercepte les plus grandes quantités de cette drogue, avec 60 % des saisies totales, suivie par l'Amérique du Nord (18 %) et l'Europe (8 %) (ONUDDC, 2011).

En Europe, le nombre de saisies de cocaïne est en augmentation depuis vingt ans, et plus particulièrement depuis 2004, et a atteint 99 000 saisies en 2009, selon les estimations. La quantité totale interceptée a culminé en 2006 et a depuis chuté de moitié à 49 tonnes en 2009. Cette baisse est, dans une large mesure, due aux quantités moindres saisies en Espagne et au Portugal ⁽⁷⁴⁾, mais on ignore dans quelle mesure cela est imputable à la modification des itinéraires ou des méthodes des trafiquants ou à des changements des priorités des autorités répressives. En 2009, l'Espagne était toujours le pays déclarant à la fois la plus grande quantité de cocaïne saisie et le nombre le plus élevé de saisies de cette drogue — près de la moitié du total dans les deux cas — en Europe. Il s'agit toutefois d'une analyse préliminaire dans la mesure où aucune donnée récente n'est encore disponible pour les Pays-Bas. En 2007, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles, les Pays-Bas avaient déclaré des saisies d'environ 10 tonnes de cocaïne.

Pureté et prix

La pureté moyenne des échantillons de cocaïne saisis en Europe était comprise entre 25 et 43 % dans la moitié des pays déclarants en 2009. Les valeurs les plus basses ont été enregistrées au Danemark (détail uniquement, 18 %) et au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles, 20 %) et les plus élevées en Belgique (51 %) et en Espagne et aux Pays-Bas (49 %) ⁽⁷⁵⁾. Vingt-deux pays ont fourni des données suffisantes pour permettre une analyse de l'évolution de la pureté de la cocaïne au cours de la période 2004-2009, avec dix-neuf pays déclarant une diminution, deux une stabilisation (Allemagne et Slovaquie) et le Portugal constatant une hausse de la pureté. Globalement, la pureté de la cocaïne a baissé en moyenne de 20 % dans l'Union européenne entre 2004 et 2009, selon les estimations ⁽⁷⁶⁾.

⁽⁷⁴⁾ Voir les tableaux SZR-9 et SZR-10 du bulletin statistique 2011.

⁽⁷⁵⁾ Pour les données relatives à la pureté et aux prix, voir les tableaux PPP-3 et PPP-7 du bulletin statistique 2011.

⁽⁷⁶⁾ Voir le graphique PPP-2 du bulletin statistique 2011.

Prix de vente en gros et au détail des drogues: la cocaïne

Les prix de vente en gros de la drogue sont les prix payés pour de grandes quantités qui seront distribuées à l'intérieur d'un pays, tandis que les prix au détail sont ceux payés par l'utilisateur de drogue. En comparant les deux, on peut estimer les marges bénéficiaires maximales que les trafiquants de drogue peuvent réaliser sur le marché du détail.

Des données collectées récemment par l'OEDT dans quatorze pays européens révèlent qu'en 2008, le prix de gros de lots d'un kilo de cocaïne peut être estimé entre 31 000 et 58 000 euros, la plupart des pays déclarant des chiffres avoisinant les 35 000 euros. Lorsqu'il est fourni, le taux de pureté moyenne de ces lots était proche de 70 %.

En 2008, dans ces pays, les prix de vente au détail de la cocaïne ont varié de 50 000 à 80 000 euros pour l'équivalent d'un kilo de cocaïne et étaient donc de 25 à 83 % supérieurs aux prix de gros. Les niveaux de pureté baissaient en passant du marché de gros au marché de détail, où ils se situaient en moyenne entre 13 et 60 %, selon les pays. Des données supplémentaires sont toutefois nécessaires pour estimer avec précision les différences de prix compte tenu de la pureté entre le gros et le détail.

Un aperçu des méthodes et de la disponibilité des données en Europe est disponible dans un rapport de l'OEDT sur une étude pilote relative aux prix de gros de la drogue et publié en 2011.

En 2009, le prix de vente moyen au détail de la cocaïne oscillait entre 50 et 80 euros le gramme dans la plupart des pays déclarants. Le Royaume-Uni a déclaré le prix moyen le plus bas (45 euros) et le Luxembourg le plus élevé (104 euros). La quasi-totalité des pays possédant suffisamment de données pour procéder à une comparaison ont déclaré une stabilisation ou une baisse des prix au détail de la cocaïne entre 2004 et 2009. Au cours de cette période, le prix de vente au détail de la cocaïne dans l'Union européenne a chuté de 21 % en moyenne, selon les estimations ⁽⁷⁷⁾.

Prévalence et modes de consommation

Consommation de cocaïne dans la population générale

Après le cannabis, la cocaïne est la deuxième drogue la plus expérimentée en Europe, bien que sa consommation soit concentrée dans un petit nombre de pays à prévalence élevée, dont certains recensent des populations importantes de consommateurs. On estime

à environ 14,5 millions le nombre d'Européens qui en ont consommé au moins une fois dans leur vie, soit une moyenne de 4,3 % d'adultes âgés de 15 à 64 ans (voir le tableau 9 pour un résumé des données). Les chiffres nationaux oscillent entre 0,1 et 10,2 %, mais douze pays déclarants sur vingt-quatre, dont la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, font état de faibles niveaux de prévalence au cours de la vie (0,5 à 2,5 %).

On estime qu'environ 4 millions d'Européens ont consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois (1,2 % en moyenne). De récentes études nationales estiment la prévalence au cours de la dernière année entre 0 et 2,7 %. L'estimation de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours du dernier mois en Europe représente quelque 0,5 % de la population adulte, soit 1,5 million de personnes environ.

L'Irlande, l'Espagne, l'Italie, Chypre et le Royaume-Uni déclarent des niveaux de consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois supérieurs à la moyenne européenne. Dans l'ensemble de ces pays, les données relatives à la prévalence au cours des douze derniers mois montrent que la cocaïne est le stimulant illicite le plus couramment consommé.

Consommation de cocaïne chez les jeunes adultes

En Europe, on estime à quelque 8 millions, soit une moyenne de 5,9 %, le nombre de jeunes adultes (15-34 ans) qui ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie. Les chiffres nationaux sont compris entre 0,1 et 13,6 %. La moyenne européenne relative à la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois pour cette tranche d'âge est estimée à 2,1 % (environ 3 millions de personnes) et à 0,8 % (1 million de personnes) pour la consommation au cours du dernier mois.

La consommation est particulièrement élevée chez les jeunes hommes (15-34 ans), avec une prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la dernière année comprise entre 4 et 6,7 % au Danemark, en Espagne, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni ⁽⁷⁸⁾. Dans treize pays déclarants, le ratio hommes/femmes pour la prévalence de la consommation de cocaïne chez les jeunes adultes est au moins de deux hommes pour une femme ⁽⁷⁹⁾.

Comparaisons internationales

Dans l'ensemble, les estimations de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la dernière année sont plus basses chez les jeunes adultes en Europe (2,1 %)

⁽⁷⁷⁾ Voir le graphique PPP-1 du bulletin statistique 2011.

⁽⁷⁸⁾ Voir le graphique GPS-13 du bulletin statistique 2011.

⁽⁷⁹⁾ Voir le tableau GPS-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2011.

Tableau 9: Prévalence de la consommation de cocaïne dans la population générale – Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Au cours de la vie	Dernière année	Dernier mois
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	14,5 millions	4 millions	1,5 million
Moyenne européenne	4,3 %	1,2 %	0,5 %
Plage de données	0,1-10,2 %	0,0-2,7 %	0,0-1,3 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Malte (0,4 %) Lituanie (0,5 %) Grèce (0,7 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Hongrie, Pologne, Lituanie (0,2 %) Malte (0,3 %)	Roumanie, Grèce (0,0 %) République tchèque, Malte, Suède, Pologne, Lituanie, Estonie, Finlande (0,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Espagne (10,2 %) Royaume-Uni (8,8 %) Italie (7,0 %) Irlande (5,3 %)	Espagne (2,7 %) Royaume-Uni (2,5 %) Italie (2,1 %) Irlande (1,7 %)	Espagne (1,3 %) Royaume-Uni (1,1 %) Chypre, Italie (0,7 %) Autriche (0,6 %)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	8 millions	3 millions	1 million
Moyenne européenne	5,9 %	2,1 %	0,8 %
Plage de données	0,1-13,6 %	0,1-4,8 %	0,0-2,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Lituanie (0,7 %) Malte (0,9 %) Grèce (1,0 %)	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Pologne, Lituanie (0,3 %) Hongrie (0,4 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce, Pologne, Lituanie, Norvège (0,1 %) République tchèque, Hongrie, Estonie (0,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Espagne (13,6 %) Royaume-Uni (13,4 %) Danemark (8,9 %) Irlande (8,2 %)	Royaume-Uni (4,8 %) Espagne (4,4 %) Irlande (3,1 %) Italie (2,9 %)	Royaume-Uni (2,1 %) Espagne (2,0 %) Chypre (1,3 %) Italie (1,1 %)
<p>Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (336 millions) et 15-34 ans (132 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2001 et 2009-2010 (principalement entre 2004 et 2008) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2011.</p>			

que chez leurs homologues australiens (3,4 % chez les 14-39 ans), canadiens (3,3 %) et américains (4,1 % chez les 16-34 ans). L'Espagne (4,4 %) et le Royaume-Uni (4,8 %) déclarent néanmoins des chiffres supérieurs (voir le graphique 9). Il convient d'observer que des différences minimales entre les pays doivent être interprétées avec prudence.

Consommation de cocaïne chez les élèves

Dans les enquêtes les plus récentes, la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans se situe entre 1 et 2 % dans plus de la moitié des vingt-neuf pays déclarants. La plupart des autres pays font état de niveaux de prévalence compris entre 3 et 4 %, alors qu'en France et au Royaume-Uni, ces niveaux atteignent 5 %. Lorsque des données sont disponibles pour les élèves plus âgés (17-18 ans), la

prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie est généralement supérieure, atteignant jusqu'à 8 % en Espagne ⁽⁸⁰⁾.

Tendances de la consommation de cocaïne

Les tendances en matière de consommation de cocaïne en Europe ont suivi des évolutions variées. En Espagne et au Royaume-Uni, les deux pays affichant la prévalence la plus élevée de la consommation de cocaïne, la consommation de cette drogue a connu une hausse spectaculaire à la fin des années 1990 avant de se stabiliser, bien que globalement en suivant toujours une courbe ascendante. Dans quatre autres pays (Danemark, Irlande, Italie et Chypre), l'augmentation de la prévalence a été moins marquée et est intervenue plus tard. Tous ces pays ont déclaré une prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes

⁽⁸⁰⁾ Voir les tableaux EYE-10 à EYE-30 du bulletin statistique 2011.

adultes (15-34 ans) supérieure à la moyenne européenne de 2,1 % (voir le graphique 9). Quatre de ces six pays ont enregistré une hausse globale ces dix dernières années, mais ont observé une baisse dans leur enquête la plus récente (Danemark, Espagne, Italie, Royaume-Uni), se faisant ainsi l'écho de la tendance observée au Canada et aux États-Unis (voir le graphique 10). Les enquêtes les plus récentes des deux autres pays affichent une hausse de la prévalence de 2,0 % en 2003 à 3,1 % en 2007 en Irlande et de 0,7 % en 2006 à 2,2 % en 2009 à Chypre.

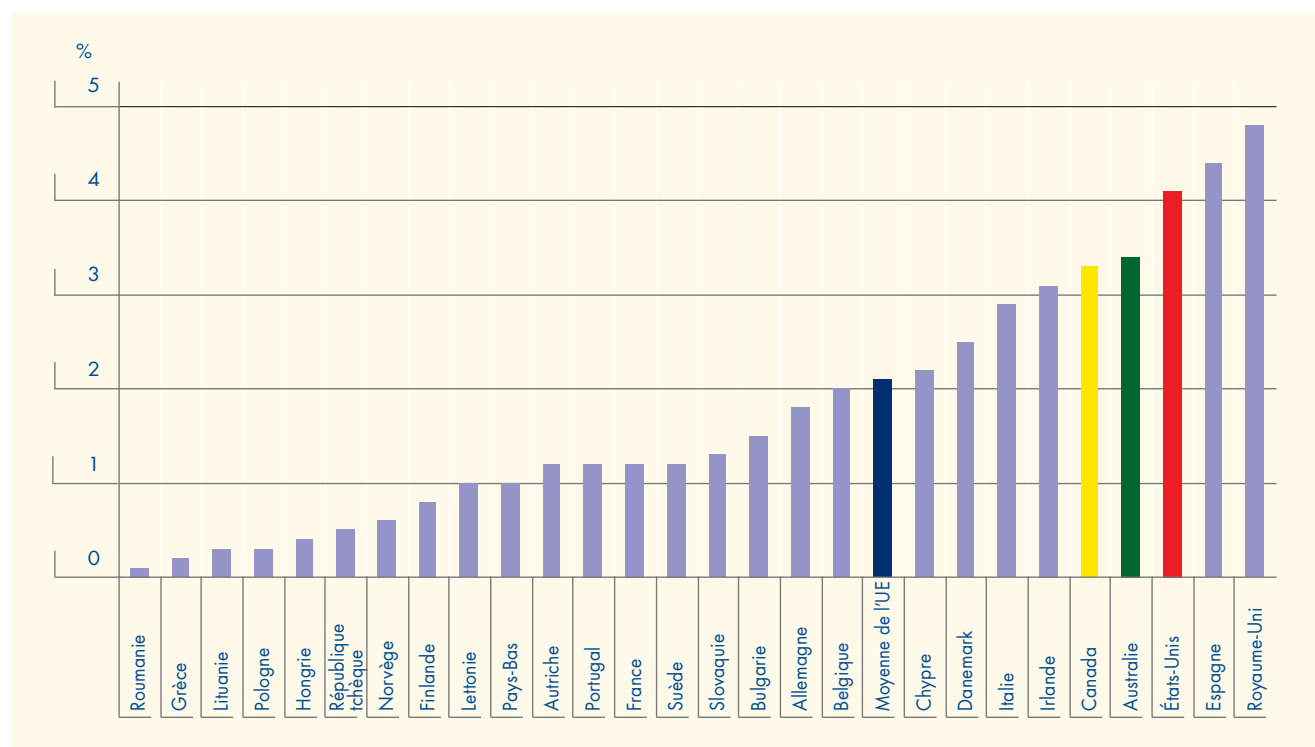
Dans dix-sept autres pays ayant mené des enquêtes répétées, la consommation de cocaïne est relativement faible et, dans la plupart des cas, stable. Les éventuelles exceptions à cette règle sont la Bulgarie et la Suède, qui ont montré des signes d'augmentation, et la Norvège, où la tendance semble s'orienter à la baisse. Il convient toutefois de garder à l'esprit que des modifications minimales d'une prévalence faible doivent être interprétées avec prudence. En Bulgarie, la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes est passée de 0,7 % en 2005 à 1,5 % en 2008 et, en Suède, elle a progressé de 0 %

en 2000 à 1,2 % en 2008 ⁽⁸¹⁾. La Norvège a constaté une baisse de 1,8 % en 2004 à 0,8 % en 2009.

Sur les quatre pays qui ont mené des enquêtes nationales en milieu scolaire en 2009-2010 (Italie, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni), seule la Slovaquie rapporte un changement (une baisse) de plus d'un point de pourcentage dans la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans. Une étude récente menée auprès d'élèves plus âgés en Allemagne a conclu qu'à Francfort, le pourcentage d'élèves de 15 à 18 ans déclarant avoir pris de la cocaïne au cours de leur vie a légèrement augmenté, pour atteindre 6 % en 2008, avant de redescendre à 3 % en 2009.

Les enquêtes ciblées peuvent apporter des renseignements précieux sur le comportement de consommation de drogue des jeunes dans les soirées de *dance music* et dans d'autres espaces récréatifs. Si ces enquêtes font généralement état d'une prévalence relativement élevée de la cocaïne, des études récentes dans quelques pays européens indiquent une baisse de cette prévalence. Ainsi, une étude portant sur les clients des *coffee*

Graphique 9: Prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (15-34 ans) en Europe, en Australie, au Canada et aux États-Unis

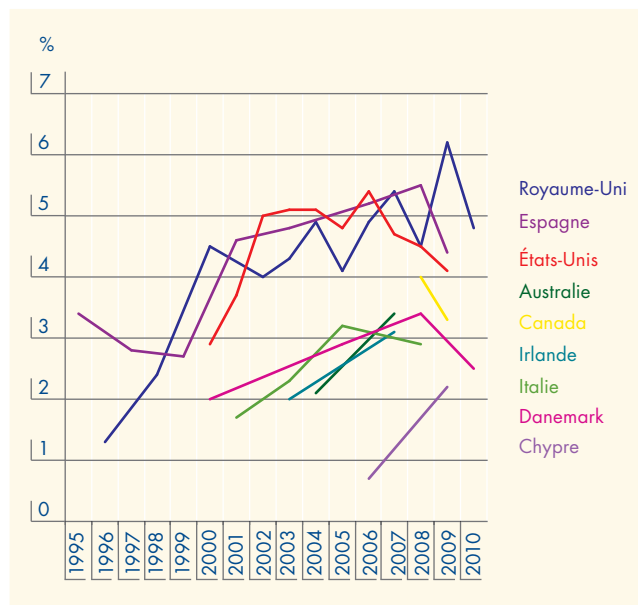


NB: Les données proviennent de la dernière enquête disponible pour chaque pays. Le taux moyen européen de prévalence a été calculé comme la moyenne des taux nationaux de prévalence pondérés par la population nationale des 15-34 ans (2007, extraits d'Eurostat). Les données australiennes et américaines ont été recalculées à partir des résultats originaux de l'enquête sur les tranches d'âge 16-34 ans et 14-39 ans, respectivement. Voir le graphique GPS-20 du bulletin statistique 2011 pour de plus amples informations.

Sources: Points focaux nationaux Reitox, AIHW (2008), Cadums (2010), Samhsa (2010).

⁽⁸¹⁾ Voir le graphique GPS-14 (partie i) du bulletin statistique 2011.

Graphique 10: Tendances de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes dans les six États membres de l'UE où elle est la plus élevée, en Australie, au Canada et aux États-Unis



NB: Voir le graphique GPS-14 (partie ii) du bulletin statistique 2011 pour de plus amples informations.
Sources: Points focaux nationaux Reitox, AIHW (2008), Cadums (2010), Samhsa (2010).

shops d'Amsterdam a mentionné un net recul de la consommation de cocaïne au cours de la vie de 52 % en 2001 à 34 % en 2009 et, en ce qui concerne la consommation au cours du dernier mois, les chiffres sont passés de 19 à 5 % sur la même période ⁽⁸²⁾. Aux Pays-Bas toujours, une surveillance qualitative des tendances a constaté que, par rapport aux générations précédentes des 20-24 ans, les personnes de cette tranche d'âge sont désormais moins intéressées par la cocaïne. Une étude belge réalisée régulièrement dans les lieux de vie nocturne depuis 2003 révèle une hausse de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois entre 2003 et 2007, les chiffres passant de 11 à 17 %, suivie d'un fléchissement à 13 % dans l'étude de 2009. En République tchèque, des études similaires montrent une hausse de la consommation de cocaïne au cours de la vie, de 19 % en 2007 à 23 % en 2009. Ces résultats doivent toutefois être confirmés par d'autres ensembles de données.

Modes de consommation de la cocaïne

Les enquêtes révèlent que, dans les espaces récréatifs, la consommation de cocaïne est fortement liée à celle

d'alcool. Les données provenant d'enquêtes de population de neuf pays montrent que la prévalence de la consommation de cocaïne est entre deux et neuf fois supérieure chez les gros buveurs épisodiques ⁽⁸³⁾ que dans la population générale (OEDT, 2009b). Des enquêtes ont également montré que la consommation de cocaïne est associée à l'usage d'autres drogues illicites. Ainsi, il ressort d'une analyse des données de l'enquête britannique sur la criminalité (2009-2010) que 89 % des adultes (16-59 ans) qui ont consommé de la cocaïne en poudre au cours des douze derniers mois avaient aussi consommé d'autres drogues, contre 42 % seulement des consommateurs de cannabis (Hoare et Moon, 2010).

Dans certains pays européens, un nombre important de personnes n'a consommé de la cocaïne qu'une ou deux fois à titre d'expérimentation (Van der Poel e.a., 2009). Chez les consommateurs plus réguliers de cocaïne, on peut distinguer deux grands groupes. Le premier se compose de consommateurs plus intégrés socialement, qui consomment généralement de la cocaïne le week-end, lors de soirées ou en d'autres occasions spéciales, parfois en plus grandes quantités («binges») ou fréquemment. Un grand nombre de ces consommateurs déclarent contrôler leur consommation de cocaïne en se fixant des règles, par exemple sur la quantité, la fréquence ou le contexte (Reynaud-Maurupt et Hoareau, 2010). Certains de ces consommateurs ont des problèmes de santé liés à leur consommation de cocaïne ou développent des modes de consommation compulsive qui nécessitent un traitement. Des études suggèrent toutefois qu'une proportion importante des personnes ayant des problèmes liés à la cocaïne pourrait les résoudre sans suivre un traitement formel (Cunningham, 2000; Toneatto e.a., 1999).

Le second groupe comprend les consommateurs intensifs de cocaïne et de crack appartenant à des groupes socialement plus marginalisés ou défavorisés et peut inclure des anciens opiomanes ou des consommateurs actuels d'opiacés, qui prennent du crack ou s'injectent de la cocaïne (Prinzleve e.a., 2004).

Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé

Il semble que l'ampleur des conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé soit sous-estimée. Cela est dû en partie à la nature souvent non spécifique ou chronique des pathologies généralement induites par une consommation prolongée de cocaïne (voir le chapitre 7). La consommation régulière de cocaïne, notamment sniffée,

⁽⁸²⁾ Il est à noter que les tendances observées à Amsterdam ne sont pas représentatives de l'ensemble des Pays-Bas.

⁽⁸³⁾ La consommation ponctuelle immodérée d'alcool, aussi connue sous l'appellation anglaise de «binge drinking», s'entend ici comme l'absorption de six verres ou plus d'une boisson alcoolisée en une seule occasion au moins une fois par semaine au cours de l'année écoulée.

peut être associée à des troubles cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques et aux risques d'accidents et de transmission de maladies infectieuses dues à des rapports sexuels non protégés (Brugal e.a., 2009) et éventuellement au partage des pailles (Aaron e.a., 2008), une pratique qui semble de plus en plus avérée (Caiaffa e.a., 2011). Des études réalisées dans des pays où la consommation est élevée indiquent qu'une proportion considérable des problèmes cardiaques survenant chez les jeunes pourrait avoir un rapport avec la consommation de cocaïne (Qureshi e.a., 2001). En Espagne, par exemple, la consommation de cocaïne semble intervenir dans un nombre significatif des urgences hospitalières liées à la drogue et une récente étude espagnole a montré que 3 % des morts subites sont dues à la cocaïne (Lucena e.a., 2010). Au Danemark, les hausses observées dans la consommation ont coïncidé avec une augmentation du nombre d'urgences liées à la cocaïne, qui est passé de 50 cas en 1999 à près de 150 en 2009.

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

Usage problématique de cocaïne et demandes de traitement

L'OEDT définit les consommateurs réguliers de cocaïne qui en prennent pendant de longues périodes et qui s'injectent la substance comme des usagers de cocaïne à problèmes. L'estimation de la taille de cette population donne une idée du nombre de personnes ayant probablement besoin d'un traitement. Les usagers de cocaïne à problèmes mieux intégrés socialement sont toutefois sous-représentés dans ces estimations.

Des estimations nationales du nombre d'usagers de cocaïne à problèmes ne sont disponibles que pour l'Italie, où le nombre de cocaïnomanes à problèmes est estimé à quelque 178 000 personnes (entre 4,3 et 4,7 pour 1 000 adultes de 15 à 64 ans) en 2009 ⁽⁸⁴⁾. Les données relatives à l'évolution de l'usage problématique de cocaïne et d'autres sources (comme les admissions en traitement) mettent en évidence une augmentation de la consommation problématique de cette drogue en Italie.

La consommation de crack est très inhabituelle chez les consommateurs de cocaïne socialement intégrés et touche essentiellement les groupes marginalisés et défavorisés, comme les travailleurs du sexe et les usagers

Cocaïne et alcool

Les usagers de cocaïne consomment aussi couramment de l'alcool. Les enquêtes de population révèlent que la consommation de cocaïne et celle d'alcool — en particulier une forte consommation épisodique d'alcool — sont souvent associées. Par ailleurs, deux études ont conclu que plus de la moitié des cocaïnomanes en traitement avaient aussi un problème de dépendance à l'alcool.

La popularité de cette combinaison peut s'expliquer contextuellement, les deux substances étant fortement liées à la vie nocturne et aux soirées, mais aussi par des facteurs pharmacologiques. L'état d'euphorie atteint en combinant ces substances est perçu comme supérieur à celui qu'apporte une seule de ces deux substances. En outre, la cocaïne peut rendre moins intenses les effets de l'ébriété et peut également compenser certains déficits comportementaux et psychomoteurs induits par l'alcool. L'alcool est aussi utilisé pour atténuer l'inconfort ressenti lors de la « descente » après une prise de cocaïne. De ce point de vue, la combinaison des deux substances peut entraîner une consommation accrue de celles-ci.

Il existe des risques et des effets toxiques avérés associés à la consommation simultanée d'alcool et de cocaïne, comme une augmentation du rythme cardiaque, entraînant une élévation de la pression systolique, ce qui peut entraîner des complications cardiovasculaires ainsi qu'une perturbation des fonctions cognitives et motrices. Des études rétrospectives montrent toutefois que la consommation combinée ne semble pas causer plus de problèmes cardiovasculaires que ce qu'on peut attendre d'une consommation addictive de n'importe quelle drogue (Pennings e.a., 2002). Par ailleurs, la consommation combinée de ces substances entraîne la formation d'une nouvelle substance, le cocaéthylène, un métabolite qui se forme dans le foie. Un débat porte actuellement sur la question de savoir si le cocaéthylène est responsable de l'accélération du rythme cardiaque et de la cardiotoxicité.

Pour de plus amples informations, voir OEDT (2007a).

d'opiacés à problèmes. Elle est, dans une large mesure, un phénomène urbain (Prinzleve e.a., 2004; Connolly e.a., 2008). À Londres, la consommation de crack est considérée comme un élément majeur du phénomène de la drogue dans la capitale. Des estimations régionales de la consommation problématique de crack ne sont disponibles que pour l'Angleterre (Royaume-Uni), où les estimations évaluaient à 189 000 le nombre d'usagers de crack à problèmes en 2008-2009, soit 5,5 cas (5,4 à 5,8) pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. Une majorité de ces usagers de crack consomme aussi des opiacés.

Demandes de traitement

Les données sur le nombre et les caractéristiques des patients admis en traitement pour dépendance

⁽⁸⁴⁾ Voir le tableau PDU-102 (partie i) du bulletin statistique 2011.

à la cocaïne permettent d'en apprendre plus sur la consommation problématique de cette substance. Presque tous les cocaïnomanes déclarés sont traités dans des centres ambulatoires, bien que certains puissent être soignés dans des cliniques privées, pour lesquelles les données ne sont pas disponibles. Néanmoins, un grand nombre d'usagers de cocaïne à problèmes ne demandent pas à être traités (Escot et Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt et Hoareau, 2010).

La cocaïne, surtout la cocaïne en poudre, était citée comme la principale raison de commencer un traitement pour dépendance par environ 17 % de tous les patients admis en traitement en 2009. Parmi les patients entamant un traitement pour la première fois, le pourcentage de consommateurs primaires de cocaïne était le plus élevé (23 %).

On constate des écarts importants entre les pays en termes de proportion et de nombre de consommateurs primaires de cocaïne. Les chiffres les plus élevés sont ceux de l'Espagne (46 %), des Pays-Bas (31 %) et de l'Italie (28 %). En Belgique, en Irlande, à Chypre et au Royaume-Uni, les patients traités pour dépendance à la cocaïne représentent entre 11 et 15 % de tous les toxicomanes en traitement. Ailleurs en Europe, les consommateurs de cocaïne représentent moins de 10 % des patients en traitement et moins de 1 % dans six pays⁽⁸⁵⁾. Ensemble, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni recensent quelque 58 000 des 72 000 patients traités pour dépendance à la cocaïne déclarés par vingt-six pays européens.

Le nombre de patients admis en traitement pour consommation primaire de cocaïne s'accroît en Europe depuis plusieurs années. Selon les déclarations de dix-sept pays ayant fourni des données pour la période 2004-2009, le nombre de patients traités pour dépendance à la cocaïne est passé de 38 000 en 2004 à 55 000 en 2009. Au cours de la même période, le nombre de cocaïnomanes admis en traitement pour la première fois a progressé de près d'un tiers, bondissant de 21 000 à 27 000 (dans 18 pays).

Profil des patients en traitement ambulatoire

Les patients admis en traitement ambulatoire pour consommation primaire de cocaïne, y compris la poudre et le crack, présentent un ratio hommes/femmes élevé (environ cinq hommes pour une femme) et l'une des moyennes d'âge les plus élevées (environ 32 ans) des patients traités pour toxicomanie. L'âge moyen est le

plus élevé en France, en Italie et aux Pays-Bas (35 ans). Les consommateurs primaires de cocaïne déclarent avoir consommé cette drogue pour la première fois à un âge moyen de 22,5 ans et 86 % d'entre eux avant l'âge de 30 ans. Le délai moyen entre la première prise de cocaïne et la première admission en traitement est d'environ neuf ans. Près d'un tiers de tous les patients traités pour dépendance à la cocaïne est déclaré par le Royaume-Uni et leur profil diffère de celui des patients d'autres pays où le nombre de cocaïnomanes en traitement est élevé: ils sont en moyenne plus jeunes (31 ans), ont un ratio hommes/femmes plus bas (environ trois hommes pour une femme) et un délai plus court entre la première consommation et l'admission en traitement (environ sept ans).

La plupart des patients consommateurs de cocaïne déclarent la sniffer (66 %) ou la fumer (29 %), comme mode principal d'administration. Seuls 3 % des patients dépendants à la cocaïne déclarent l'injection comme mode principal d'administration et une baisse de l'injection de cocaïne a été observée entre 2005 et 2009. Près de la moitié de ces patients a consommé de la drogue une à six fois par semaine au cours du mois précédant l'entrée en traitement et environ un quart en prenait quotidiennement, tandis que le quart restant n'en a pas consommé ou n'en a consommé qu'occasionnellement au cours de cette période⁽⁸⁶⁾. La cocaïne est souvent consommée en combinaison avec d'autres drogues, en particulier l'alcool, le cannabis, d'autres stimulants et l'héroïne. Une analyse des données relatives aux traitements dans quatorze pays en 2006 a révélé qu'environ 63 % des patients dont la drogue primaire était la cocaïne étaient des polytoxicomanes et déclaraient avoir des problèmes avec au moins une autre drogue. Le problème de dépendance supplémentaire le plus fréquemment cité était l'alcool, consommé par 42 % des cocaïnomanes, suivi par le cannabis (28 %) et l'héroïne (16 %) (OEDT, 2009b). La cocaïne est également citée comme drogue secondaire⁽⁸⁷⁾ et est de plus en plus souvent mentionnée par des consommateurs primaires d'héroïne en Italie et aux Pays-Bas.

L'analyse des données relatives aux admissions en traitement révèle que le problème du crack reste géographiquement limité en Europe. En 2009, 10 540 patients ont été admis en traitement ambulatoire pour consommation primaire de crack, ce qui représente 16 % de l'ensemble des patients dépendants à la cocaïne et 3 % de l'ensemble des toxicomanes en traitement ambulatoire. La plupart des consommateurs

⁽⁸⁵⁾ Voir le graphique TDI-2 et les tableaux TDI-5 (partie i et partie ii) ainsi que le tableau TDI-24 du bulletin statistique 2011; les données relatives à l'Espagne font référence à 2008.

⁽⁸⁶⁾ Voir le tableau TDI-18 (partie ii) du bulletin statistique 2011.

⁽⁸⁷⁾ Voir le tableau TDI-22 du bulletin statistique 2011.

de crack (environ 7 500) sont situés au Royaume-Uni, où ils représentent 40 % des consommateurs de cocaïne en traitement et 6 % de tous les patients traités en ambulatoire pour toxicomanie. Les Pays-Bas recensent 1 231 patients traités pour dépendance au crack, soit 38 % des patients traités pour consommation de cocaïne dans le pays et 12 % de l'ensemble des patients en traitement ⁽⁸⁸⁾. La consommation d'héroïne est courante chez les consommateurs de crack admis en traitement. Ainsi, au Royaume-Uni, près de 31 % des consommateurs primaires de crack ont cité l'héroïne comme drogue secondaire, et ce pourcentage est en augmentation.

Traitement et réduction des risques

Historiquement, le traitement de la toxicomanie s'est concentré en Europe sur la dépendance aux opiacés. Néanmoins, le problème de santé publique lié à la consommation de cocaïne et de crack allant croissant, de nombreux pays accordent désormais plus d'attention à la fourniture d'une réponse aux problèmes liés à ces drogues. Bien que le traitement pour la dépendance à la cocaïne soit essentiellement dispensé dans des structures ambulatoires spécialisées, des services spécifiques sont destinés aux consommateurs de cocaïne au Danemark, en Irlande, en Italie, en Autriche et au Royaume-Uni. Un traitement pour la dépendance à la cocaïne est également parfois administré dans des centres de santé primaire. À l'heure actuelle, l'Allemagne et le Royaume-Uni sont les deux seuls pays qui fournissent des orientations pour le traitement de la dépendance à la cocaïne.

Les principales options de traitement de la dépendance à la cocaïne sont des interventions psychosociales, comme les entretiens de motivation, les thérapies cognitives et comportementales, l'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental, les mesures destinées à prévenir les rechutes et les consultations. Des groupes d'entraide, comme Cocaine Anonymous, peuvent également jouer un rôle dans le processus de guérison pour les personnes dépendantes à la cocaïne. Leur soutien peut être combiné à un traitement formel.

Études sur le traitement de la dépendance à la cocaïne

En Allemagne, Koerkel et Verthein (2010) ont évalué les effets de l'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental dans la réduction de la consommation d'héroïne et de cocaïne chez les personnes dépendantes. Il a été rapporté que cette thérapie a aidé des participants à réduire leur consommation de ces deux substances et à maintenir la consommation de drogue à un niveau qu'ils avaient eux-mêmes défini. Deux études récentes

ont étudié l'efficacité des programmes de traitement de la dépendance en Angleterre. L'étude sur les résultats du traitement de la dépendance (Jones, A., e.a., 2009) a conclu que plus de la moitié des patients dépendants à la cocaïne avaient cessé de consommer de la drogue dans les trois à cinq mois suivant le début du traitement. Après une année de traitement, 90 % étaient abstinents. Des résultats similaires ont été observés pour les consommateurs de crack en traitement dans 12 structures communautaires de Londres (Marsden et Stillwell, 2010).

De nombreux essais randomisés sont actuellement en cours afin de tester de nouveaux médicaments pour traiter la dépendance à la cocaïne. À l'heure actuelle, deux substances semblent prometteuses. Le disulfiram, une substance qui interfère avec le métabolisme de l'alcool, a montré des effets prometteurs dans le traitement de la dépendance à la cocaïne (Pani e.a., 2010a) et est actuellement testé conjointement avec une thérapie cognitive et comportementale dans le traitement de la dépendance au crack au Brésil. Le vigabatrine est un antiépileptique et a été testé sur 103 Mexicains en liberté conditionnelle avec des résultats positifs dans le cadre d'un suivi à court terme. Il est maintenant testé sur 200 patients aux États-Unis. Aux Pays-Bas, une nouvelle approche fondée sur l'administration de rimonabant (un antagoniste sélectif des cannabinoïdes autrefois utilisé comme médicament contre l'obésité) est actuellement testée. De plus, de multiples options pharmacothérapeutiques (topiramate, dexamphétamine et modafinil) sont comparées dans une étude contrôlée randomisée sur la dépendance au crack, qui a été récemment enregistrée aux Pays-Bas (Hicks e.a., 2011).

Plusieurs autres essais ont donné des résultats non significatifs ou faibles pour la dépendance à la cocaïne. Le modafinil, un stimulant du système nerveux central, n'a pas donné de meilleurs résultats que le placebo pour le traitement de la consommation de cocaïne (Anderson e.a., 2009). La naltrexone (un antagoniste des opiacés) et la varénicline (utilisée pour arrêter de fumer) ont été testées sur des patients souffrant de multiples addictions à la cocaïne et à l'alcool ou au tabac, mais n'ont pas modifié la consommation par rapport au placebo. La mémantine (un médicament indiqué dans le traitement de la maladie d'Alzheimer) a été testée en combinaison avec un système de bons d'échange, mais n'a pas obtenu de meilleurs résultats que le placebo en termes de réduction de la consommation de cocaïne.

La gestion des contingences a été jugée efficace, indépendamment de l'ethnicité (Barry e.a., 2009), et s'est révélé être une stratégie efficace combinée à la prévention des rechutes (McKay e.a., 2010). Dans

⁽⁸⁸⁾ Voir le tableau TDI-115 du bulletin statistique 2011.

une étude espagnole, il a été constaté que l'utilisation de bons d'échange comme incitation en plus du renforcement communautaire contribuait à l'abstinence des consommateurs dépendants à la cocaïne (Garcia-Rodriguez e.a., 2009). Une autre étude a toutefois montré que les mesures incitatives telles que les bons d'échange avaient donné peu de résultats dans le renforcement de l'abstinence sur des périodes plus longues (Carpenedo e.a., 2010).

Parmi les autres interventions aux résultats prometteurs, on peut citer le renforcement de l'abstinence fondée sur l'emploi, dans laquelle les patients suivent une formation professionnelle pendant six mois, suivie par un emploi d'un an, avec un dépistage aléatoire de la consommation de cocaïne. D'autres méthodes expérimentales pour aider les consommateurs à parvenir à l'abstinence sont, par exemple, la méditation intégrative thérapeutique de pleine conscience. Des essais menés aux Pays-Bas tendent à réduire le besoin par une stimulation magnétique transcranienne, une technique qui a été utilisée pour traiter des troubles neurologiques et psychiatriques.

Les tentatives se poursuivent pour mettre au point un vaccin anticocaïne. Un essai contrôlé randomisé mené aux États-Unis (Martell e.a., 2009) a établi un lien entre un dérivé de la cocaïne et une protéine B du choléra, mais les résultats semblent trop peu convaincants pour procéder aux études de terrain prévues en Espagne et en Italie. Le groupe de recherche américain recrute actuellement 300 patients pour tester une version modifiée du vaccin et les résultats sont attendus en 2014 (Whitten, 2010). Une autre étude met au point un vaccin utilisant un virus de froid commun comme vecteur pour stimuler une réaction d'anticorps, mais le modèle doit encore être testé sur l'homme.

Réduction des risques

Les mesures de réduction des risques liés à la consommation de cocaïne et de crack constituent un domaine de travail

relativement nouveau et imposent de repenser les stratégies traditionnelles. Les États membres proposent généralement aux consommateurs de cocaïne par injection les mêmes services et infrastructures qu'aux consommateurs d'opiacés. Toutefois, l'injection de cocaïne est associée à des risques spécifiques. Elle implique, notamment, une fréquence d'injection potentiellement plus élevée, un comportement d'injection chaotique et davantage de comportements sexuels à risque. Les recommandations pour un usage plus sûr doivent être adaptées aux besoins de ce groupe. En raison de la fréquence élevée potentielle des injections, la fourniture de matériel stérile aux usagers de drogue par injection ne devrait pas être limitée, mais plutôt reposer sur une évaluation locale des modes de consommation de cocaïne et sur la situation sociale de ces usagers (Des Jarlais e.a., 2009).

Les programmes de réduction des risques spécifiques aux fumeurs de crack sont limités en Europe. Bien que controversés, ces programmes peuvent potentiellement réduire le comportement autodéclaré d'injection et le partage des pipes à crack (Leonard e.a., 2008), mais leur efficacité globale dans la réduction de la transmission de virus par voie sanguine nécessite d'autres études. Dans trois pays (Allemagne, Espagne, Pays-Bas), certaines structures de consommation de drogue fournissent des locaux pour l'inhalation de drogues, dont la cocaïne. Du matériel d'inhalation hygiénique, y compris des pipes à crack propres ou des «kits à crack» (tube de verre avec embout, plaque métallique, baume pour les lèvres et serviettes pour les mains), est fourni de façon sporadique aux usagers de drogue qui fument du crack par certaines structures à bas seuil en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Des feuilles sont également distribuées aux fumeurs d'héroïne et de cocaïne dans certains services à bas seuil dans sept États membres de l'UE.



Chapitre 6

Consommation d'opiacés et injection de drogue

Introduction

La consommation d'héroïne, en particulier par l'injection de la drogue, est étroitement associée à des problèmes sociaux et de santé publique en Europe depuis les années 1970. Aujourd'hui, cette drogue représente encore la part la plus importante de la morbidité et de la mortalité liées à la consommation de drogue dans l'Union européenne. Après deux décennies qui ont connu une augmentation de ce problème, essentiellement en ce qui concerne l'héroïne, l'Europe a observé une baisse de la consommation d'héroïne et des problèmes connexes vers la fin des années 1990 et le début des années 2000. Depuis 2003-2004, pourtant, la tendance se brouille, les indicateurs suggérant un tableau plus stable ou plus mélangé. Outre l'héroïne, des rapports sur la consommation d'opiacés de synthèse, comme le fentanyl, et l'injection de drogues stimulantes, telles que la cocaïne ou les amphétamines, reflètent le visage de plus en plus multiple de l'usage problématique de drogue en Europe.

Offre et disponibilité

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

Production et trafic

L'héroïne consommée en Europe provient pour l'essentiel d'Afghanistan, qui est la principale source de production

mondiale d'opium illicite. Les autres pays producteurs sont la Birmanie/le Myanmar, qui approvisionne principalement les marchés de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, le Pakistan et le Laos, suivis par le Mexique et la Colombie, qui sont considérés comme les principaux fournisseurs des États-Unis (ONUDC, 2011). Après avoir atteint un pic en 2007, la production mondiale d'opium a baissé, principalement en raison d'une diminution de la production afghane, qui a chuté de 6 900 tonnes en 2009 à 3 600 tonnes en 2010. Selon l'estimation la plus récente, la production annuelle potentielle d'héroïne s'établit à 396 tonnes (voir le tableau 10), en recul par rapport au niveau estimé de 667 tonnes en 2009 (ONUDC, 2011).

Tableau 10: Production, saisies, prix et pureté de l'héroïne

Production et saisies	Héroïne
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	396
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	76
Quantité saisie (en tonnes) UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	8 (24)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	56 000 (59 000)
Prix et pureté en Europe ⁽¹⁾	Héroïne base («brune»)
Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme) Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽²⁾	23-135 (37,5-67,9)
Pureté moyenne (%) Intervalle (Intervalle interquartile) ⁽²⁾	13-37 (16,8-33,2)

⁽¹⁾ Étant donné le nombre limité de pays fournissant les prix de vente au détail et la pureté du chlorhydrate d'héroïne («héroïne blanche»), ces données ne sont pas présentées dans le tableau. Elles peuvent être consultées dans les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2011.

⁽²⁾ Intervalle de la moitié des données médianes déclarées.
NB: Les données se rapportent à 2009, à l'exception de l'estimation de la production mondiale (2010).

Sources: ONUDC (2011) pour les valeurs mondiales, points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

L'héroïne pénètre en Europe par deux axes principaux. La traditionnelle route des Balkans amène en Europe l'héroïne produite en Afghanistan en passant par le Pakistan, l'Iran et la Turquie et emprunte ensuite divers pays de transit ou de destination, principalement situés en Europe de l'Ouest et du Sud. L'héroïne pénètre également en Europe par la «route de la soie», qui traverse l'Asie centrale en direction de la Russie. Une partie limitée de cette héroïne traverse la Biélorussie, la Pologne et l'Ukraine vers d'autres destinations, notamment dans les pays scandinaves via la Lituanie (OICS, 2010, 2011a). Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique jouent un rôle important de centres de distribution secondaires.

Saisies

À l'échelle mondiale, les saisies déclarées d'opium sont restées stables entre 2008 et 2009, où elles se situaient respectivement à 657 et 653 tonnes. L'Iran représente à lui seul près de 90 % du total et l'Afghanistan, environ 5 %. Les saisies d'héroïne déclarées au niveau mondial sont restées stables (76 tonnes) en 2009, tandis que celles de morphine sont tombées à 14 tonnes (ONUDC, 2011).

En Europe, les quelque 59 000 saisies d'héroïne se sont soldées par l'interception de 24 tonnes en 2009, dont les deux tiers (16,1 tonnes) ont été déclarés par la Turquie. Le Royaume-Uni (suivi par l'Espagne) reste le champion du nombre de saisies opérées⁽⁸⁹⁾. Les données de vingt-huit pays déclarants portant sur les années 2004 à 2009 indiquent que le nombre de saisies est en hausse. La tendance globale de la quantité d'héroïne saisie en Turquie s'écarte de celle observée dans l'Union européenne, une situation qui peut être en partie due à la collaboration accrue entre les autorités répressives turques et européennes. Tandis qu'en Turquie, la quantité d'héroïne saisie a doublé entre 2004 et 2009, la quantité saisie dans l'Union européenne durant cette même période enregistre un léger déclin, essentiellement dû à la diminution des saisies déclarées par l'Italie et le Royaume-Uni, les deux pays qui interceptent les plus grandes quantités dans l'Union européenne.

Les saisies totales d'anhydride acétique utilisé dans la fabrication d'héroïne ont culminé à 200 000 litres en 2008 pour plonger à 21 000 litres en 2009. Les chiffres pour l'Union européenne affichent une chute encore plus marquée, d'un pic de près de 150 800 litres en 2008 à 866 litres en 2009. En 2010, toutefois, la Slovénie a déclaré la saisie d'une quantité record d'anhydride acétique: 110 tonnes. L'OICS (2011a) a attribué le

succès des efforts de l'UE en matière de prévention du détournement de ce précurseur chimique à la conjonction des enquêtes des États membres de l'UE et de la Turquie.

Pureté et prix

En 2009, la pureté moyenne de l'héroïne brune était comprise entre 16 et 32 % dans la plupart des pays déclarants, bien que des valeurs inférieures aient été signalées en France (14 %) et en Autriche (uniquement pour le détail, 13 %) et des valeurs supérieures à Malte (36 %), en Roumanie (36 %) et en Turquie (37 %). Entre 2004 et 2009, la pureté de l'héroïne brune a augmenté dans quatre pays, est restée stable dans quatre autres pays et a baissé dans trois. La pureté moyenne de l'héroïne blanche était généralement plus élevée (25 à 50 %) dans les trois pays européens ayant communiqué des données à ce sujet⁽⁹⁰⁾.

Le prix de vente au détail de l'héroïne brune s'est maintenu à un niveau plus élevé dans les pays nordiques que dans le reste de l'Europe, la Suède faisant état d'un prix moyen de 135 euros le gramme et le Danemark de 95 euros en 2009. Dans l'ensemble, le prix de vente au détail

Baisse majeure de la production d'opium en Afghanistan

Avec 3 600 tonnes, la production afghane d'opium aurait chuté de près de moitié par rapport au niveau atteint l'année précédente. Parmi les causes avancées pour expliquer cette réduction majeure de la récolte de pavot figurent les conditions climatiques défavorables et la propagation d'une pourriture du pavot, une infection fongique, qui a frappé les champs de pavot dans les principales provinces où on le cultive, notamment Helmand et Kandahar (ONUDC et MCN, 2010). Cette pourriture n'a pas modifié de manière significative la superficie d'opium cultivée, mais a eu un impact sur la quantité d'opium produite.

La baisse de rendement de la récolte a également entraîné une hausse spectaculaire des prix déclarés de l'opium à l'époque de la cueillette. Le prix moyen à l'exploitation d'un kilo d'opium sec a été multiplié par 2,6, passant de 64 dollars des États-Unis (USD) en 2009 à 169 USD en 2010 (ONUDC et MCN, 2010). Dans le même temps, le prix moyen de l'héroïne a été multiplié par 1,4 en Afghanistan.

Le prix élevé de l'opium pourrait ne pas durer longtemps. Une hausse de prix survenue en 2004, lorsque la production d'opium avait chuté en raison d'une maladie, a duré moins d'un an (ONUDC et MCN, 2010). Les effets de la récente chute de la production d'opium sur les marchés de consommation, notamment en Europe, doivent être surveillés de près.

⁽⁸⁹⁾ Voir les tableaux SZR-7 et SZR-8 du bulletin statistique 2011. Il est à noter qu'en cas d'absence de données pour 2009, ce sont les données de 2008 qui ont été utilisées pour estimer les totaux européens.

⁽⁹⁰⁾ Voir les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2011 pour les données relatives à la pureté et au prix.

de l'héroïne brune était compris entre 40 et 62 euros le gramme. Au cours de la période 2004-2009, le prix de vente au détail de l'héroïne brune a baissé dans la moitié des quatorze pays européens ayant fourni des données sur l'évolution dans le temps.

Usage problématique de drogue

L'OEDT définit l'usage problématique de drogue comme l'usage de drogue par injection ou la consommation régulière ou sur une longue période d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamine. L'usage de drogue par injection et la consommation d'opiacés représentent l'essentiel de l'usage problématique de drogue en Europe, bien que, dans certains pays, les consommateurs d'amphétamines ou de cocaïne constituent une proportion importante de ce phénomène. Il convient également de noter que les usagers de drogue à problèmes sont, pour la plupart, des polyconsommateurs et que les chiffres de prévalence sont nettement plus élevés dans les zones urbaines et au sein des groupes socialement exclus.

Du fait de la prévalence relativement faible et du caractère caché de l'usage problématique de drogue, il convient de procéder à des extrapolations statistiques pour estimer la prévalence à partir des sources disponibles (essentiellement les données sur les traitements et les données des autorités répressives). La prévalence globale de l'usage problématique de drogue varie entre 2 et 10 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Ces estimations peuvent comporter de grandes marges d'incertitude et des limitations particulières. Ainsi, alors que les usagers en traitement sont généralement inclus, les usagers actuellement détenus, notamment ceux qui purgent des peines plus longues, peuvent être sous-représentés dans les estimations.

Usage problématique d'opiacés

La plupart des pays européens sont désormais en mesure de fournir des estimations de la prévalence de «l'usage problématique d'opiacés». Les estimations nationales récentes varient entre 1 et 8 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (voir le graphique 11). Les estimations bien documentées les plus élevées sur l'usage problématique d'opiacés sont fournies par l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg et Malte, tandis que les plus faibles proviennent de République tchèque, des Pays-Bas, de Pologne, de Slovaquie et de Finlande. Seules la Turquie et la Hongrie font état de chiffres inférieurs à 1 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés dans l'Union européenne et en Norvège, calculée sur la base des études nationales, est comprise, selon les estimations, entre 3,6 et 4,4 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Cela représente environ 1,3 million (de 1,3 à 1,4 million) d'usagers d'opiacés à problèmes dans l'Union européenne et en Norvège en 2009. À titre de comparaison, les estimations concernant les pays voisins de l'Europe sont élevées, la Russie se situant à 16 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (ONU DC, 2009) et l'Ukraine entre 10 et 13 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (ONU DC, 2010). Des estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés supérieures à la moyenne européenne sont déclarées dans d'autres pays du monde développé. La prévalence est de 6,3 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans en Australie (Chalmers e.a., 2009), de 5,0 au Canada et de 5,8 aux États-Unis (ONU DC, 2010). Les comparaisons entre les pays doivent être réalisées avec prudence, dans la mesure où les définitions de la population cible peuvent varier.

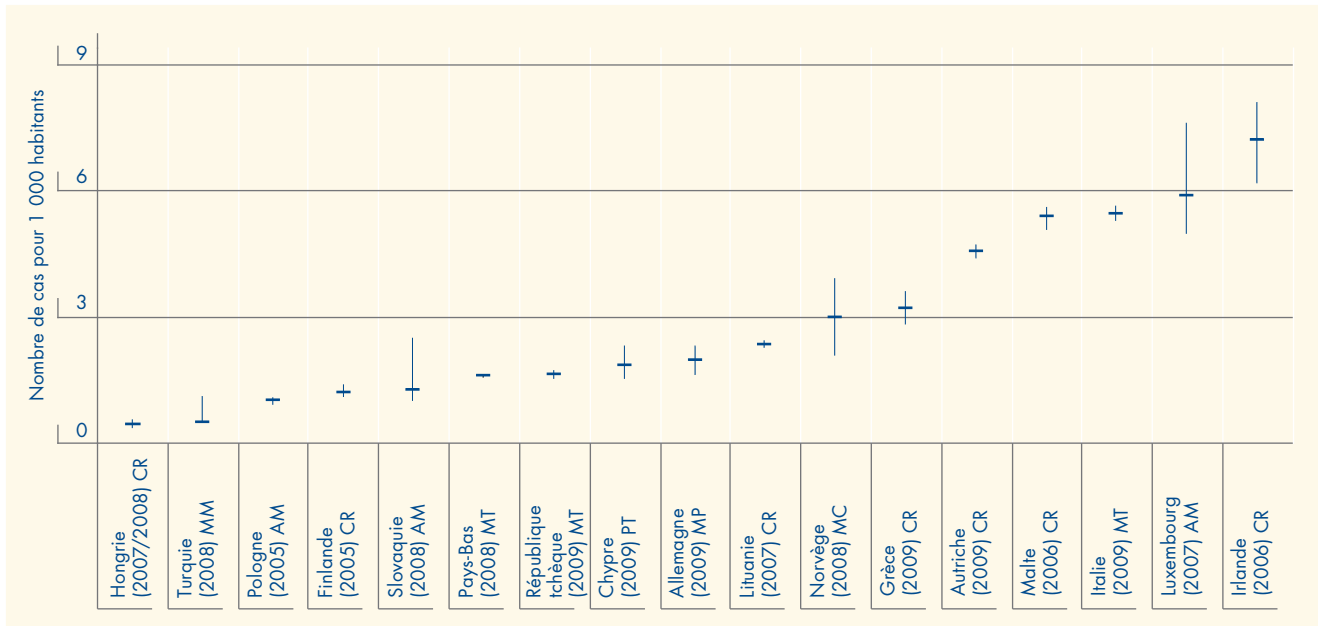
Consommateurs d'opiacés en traitement

Les opiacés, et surtout l'héroïne, sont cités comme drogue primaire par près de 216 000 personnes (51 %) admises en traitement spécialisé dans vingt-neuf pays européens en 2009. En Europe, il existe toutefois des différences considérables, les consommateurs d'opiacés représentant plus de 80 % des personnes admises en traitement dans six pays, entre 60 et 80 % dans sept pays et moins de 20 % dans seulement deux des seize pays restants déclarant des patients traités pour dépendance aux opiacés (voir le graphique 12). En outre, 30 000 consommateurs d'autres drogues (9 % des patients) citaient les opiacés comme drogue secondaire ⁽⁹¹⁾.

Les consommateurs d'opiacés entrant en traitement sont en moyenne âgés de 34 ans, les patientes étant plus jeunes, tout comme les personnes admises en traitement pour la première fois. En Europe, les patients masculins dépendants aux opiacés sont plus nombreux que les femmes, le ratio étant d'environ trois hommes pour une femme et les ratios étant généralement moins élevés dans les pays septentrionaux. De manière générale, les consommateurs d'opiacés admis en traitement présentent un taux de chômage plus élevé, un niveau d'études bas et des troubles psychiatriques plus marqués que les patients déclarant d'autres drogues primaires ⁽⁹²⁾.

⁽⁹¹⁾ Voir le graphique TDI-2 (partie ii) et les tableaux TDI-5 et TDI-22 du bulletin statistique 2011. Données provenant de centres de traitement ambulatoire ou avec hébergement.

⁽⁹²⁾ Voir les tableaux TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 et TDI-103 du bulletin statistique 2011.

Graphique 11: Estimations de la prévalence annuelle de l'usage problématique d'opiacés (chez les 15-64 ans)

NB: Un trait horizontal indique une estimation de pourcentage; un trait vertical indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âge non standard ont été utilisées dans les études émanant de Finlande (15-54 ans), de Malte (12-64 ans) et de Pologne (tous les âges). Ces trois estimations ont été ajustées à la population âgée de 15 à 64 ans. Pour l'Allemagne, l'intervalle représente la limite supérieure et la limite inférieure de toutes les estimations existantes et l'estimation de pourcentage est une simple moyenne des points médians. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; PT = poisson tronqué; MP = multiplication de police; AM = autres méthodes. Voir le graphique PDU-1 (partie ii) et le tableau PDU-102 du bulletin statistique 2011 pour de plus amples informations.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Près de la moitié des patients traités pour dépendance aux opiacés ont déclaré avoir pris de la drogue avant 20 ans (47 %) et la grande majorité d'entre eux en avait consommé avant l'âge de 30 ans (88 %). Ces patients mentionnent un intervalle moyen de neuf ans entre la première prise d'opiacés et la première admission en traitement, les patients déclarant un délai moyen plus court (sept ans) ⁽⁹³⁾. L'injection de drogue est le mode d'administration habituel de près de 40 % des patients dépendants aux opiacés qui entament un traitement en Europe; les 60 % restants déclarent sniffer, inhaler ou fumer la drogue. Près des deux tiers des patients dépendants aux opiacés (64 %) reconnaissent une consommation quotidienne de drogue au cours du mois précédant l'entrée en traitement ⁽⁹⁴⁾ et la plupart consomment une drogue secondaire, souvent de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne ou d'autres stimulants. La combinaison d'héroïne et de cocaïne (y compris le crack) est assez courante chez les patients, que ces substances soient injectées ensemble ou consommées séparément.

Tendances de l'usage problématique d'opiacés

Au cours de la période 2004-2009, les données de huit pays ayant procédé à des estimations répétées de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés suggèrent une situation relativement stable. Sur la base d'un échantillon de dix-sept pays européens dans lesquels des données sont disponibles pour la période 2004-2009, on observe une augmentation globale du nombre déclaré de patients qui entament un traitement spécialisé en Europe, en ce compris les personnes admises pour consommation primaire d'héroïne (de 123 000 à 143 000 patients). Cette augmentation peut, néanmoins, dans une large mesure, s'expliquer par le nombre de consommateurs d'héroïne qui recommencent un traitement plutôt que par les patients admis en traitement pour la première fois ⁽⁹⁵⁾. Parmi les patients admis en traitement pour la première fois, le nombre de consommateurs d'héroïne est resté quasiment stable (environ 32 000 personnes dans un échantillon de dix-huit pays) ⁽⁹⁶⁾. Les données relatives aux décès dus à la drogue au cours de la période 2004-2009, qui sont le plus souvent associés à la consommation

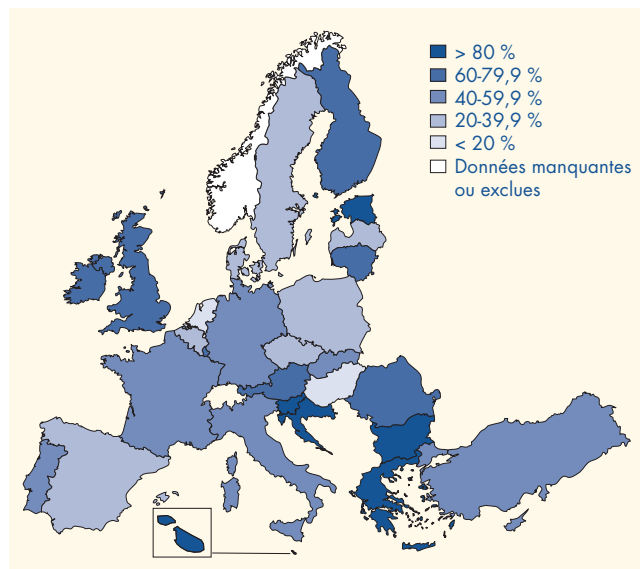
⁽⁹³⁾ Voir les tableaux TDI-11, TDI-33, TDI-106 (partie i) et TDI-107 (partie i) du bulletin statistique 2011.

⁽⁹⁴⁾ Voir les tableaux TDI-18 et TDI-111 du bulletin statistique 2011.

⁽⁹⁵⁾ Voir les graphiques TDI-1 et TDI-3 du bulletin statistique 2011.

⁽⁹⁶⁾ Voir les tableaux TDI-3 et TDI-5 des bulletins statistiques 2009 et 2011.

Graphique 12: Usagers primaires d'opiacés, en pourcentage de tous les patients admis en traitement pour dépendance à la drogue en 2009



NB: Données exprimées en pourcentage des patients dont la drogue primaire est connue (92 % des patients déclarés). Données de 2009 ou de la dernière année disponible. Les données de la Lettonie, de la Lituanie et du Portugal concernent des patients admis en traitement pour la première fois. Les usagers primaires d'opiacés peuvent être sous-signalés dans certains pays comme la Belgique, la République tchèque, l'Allemagne et la France, étant donné qu'un grand nombre d'entre eux sont traités par des médecins généralistes et peuvent ne pas être rapportés à l'indicateur des demandes de traitement.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

d'opiacés, ont été stables ou se sont orientées à la hausse dans la majorité des pays déclarants jusqu'en 2008. Des données provisoires pour 2009 indiquent aujourd'hui une stabilisation ou une baisse du nombre de décès⁽⁹⁷⁾.

Malgré les signes indiquant une situation globale stable, les caractéristiques de la consommation d'opiacés en Europe évoluent. L'âge moyen des patients traités pour une dépendance aux opiacés augmente, tandis que la proportion d'usagers de drogue par injection parmi ces patients a baissé et que celle des consommateurs d'opiacés autres que l'héroïne et des polyconsommateurs a augmenté⁽⁹⁸⁾.

Consommation de drogue par voie intraveineuse

Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés à des problèmes de santé liés à leur consommation de drogue, tels que les infections transmises par le sang (comme le VIH/sida ou l'hépatite), ou à des décès par surdose. Dans la plupart des pays européens, l'injection est couramment associée à la

Opiacés autres que l'héroïne

L'usage illicite croissant d'opiacés autres que l'héroïne est signalé en Australie, au Canada, en Europe et aux États-Unis (Samhsa, 2009). La plupart de ces substances sont utilisées à des fins médicales, comme analgésiques (morphine, fentanyl, codéine, oxycodone, hydrocodone) ou comme drogues de substitution dans le traitement de la dépendance à l'héroïne (méthadone, buprénorphine). Comme pour l'héroïne, l'usage de ces substances à des fins non médicales peut entraîner une série de conséquences néfastes pour la santé, comme la dépendance, une surdose et les risques liés à l'injection.

En Europe, 5 % environ (quelque 20 000 patients) de toutes les personnes admises en traitement déclarent consommer des opiacés autres que l'héroïne comme drogue primaire. C'est notamment le cas en Estonie, où 75 % de ces patients citent le fentanyl comme drogue primaire, et en Finlande, où la buprénorphine est mentionnée comme drogue primaire par 58 % des patients entamant un traitement. Parmi les autres pays où les pourcentages de patients citant la méthadone, la morphine et d'autres opiacés comme drogue primaire sont importants, on peut citer le Danemark, la France, l'Autriche, la Slovaquie et la Suède, où les consommateurs d'opiacés autres que l'héroïne représentent entre 7 et 17 % de tous les patients traités pour une dépendance à la drogue⁽¹⁾. La République tchèque indique également que les consommateurs de buprénorphine représentaient plus de 40 % des usagers d'opiacés à problèmes entre 2006 et 2009.

Les niveaux de l'usage illicite d'opiacés peuvent être liés à un ensemble de facteurs, comme le marché de la drogue et les pratiques en matière d'ordonnance. Ainsi, une baisse de la disponibilité de l'héroïne et une hausse de son prix peuvent inciter à consommer d'autres opiacés, comme cela a été observé en Estonie avec le fentanyl (Talu e.a., 2010) et en Finlande avec la buprénorphine (Aalto e.a., 2007). Des pratiques inappropriées en matière d'ordonnance peuvent également conduire à une consommation illicite d'opiacés. Le développement des traitements de substitution allié à une absence de contrôle peut donner naissance à un marché illicite, tandis qu'une disponibilité limitée de ces traitements et la prescription de doses de substitution trop faibles peuvent pousser les consommateurs à prendre d'autres substances dans le cadre d'une automédication (Bell, 2010; Roche e.a., 2011; Romelsjo e.a., 2010).

(1) Voir le tableau TDI-113 du bulletin statistique 2011.

consommation d'opiacés, bien que, dans quelques pays, elle aille de pair avec la consommation d'amphétamines.

Seuls quatorze pays ont été en mesure de fournir des estimations récentes sur la prévalence de la consommation de drogue par injection⁽⁹⁹⁾. Les données disponibles

⁽⁹⁷⁾ Voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2011.

⁽⁹⁸⁾ Voir le tableau TDI-113 des bulletins statistiques de 2008, 2009, 2010 et 2011 et le tableau TDI-114 du bulletin statistique 2009. Données disponibles ventilées par type d'opiacés pour les années 2005 et 2009. Voir aussi OEDT (2010f).

⁽⁹⁹⁾ Voir le graphique PDU-2 du bulletin statistique 2011.

suggèrent des écarts considérables entre les pays, les estimations oscillant entre moins de 1 à 5 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans dans la plupart des pays, à l'exception d'un taux exceptionnellement élevé de 15 cas pour 1 000 en Estonie. Si l'on considère ces quatorze pays ensemble, on peut calculer qu'il existe environ 2,6 usagers de drogue par injection pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Outre les consommateurs actifs de drogue par injection, le nombre d'anciens usagers de drogue par voie intraveineuse en Europe est important (Sweeting e.a., 2008), mais n'est pas connu dans la majorité des États membres de l'UE.

L'injection est citée comme mode habituel d'administration par près de 41 % des consommateurs primaires d'opiacés qui entament un traitement spécialisé, essentiellement des héroïnomanes. Les niveaux d'injection parmi les consommateurs d'opiacés varient selon les pays, de 8 % aux Pays-Bas à 99 % en Lettonie et en Lituanie (voir le graphique 13), ce qui peut s'expliquer par des facteurs tels que l'histoire de la consommation d'héroïne dans le pays, le type d'héroïne disponible (brune ou blanche), le prix et la culture du consommateur.

Il est difficile de tirer des conclusions sur l'évolution dans le temps de la prévalence de l'injection de drogue sur la base d'estimations répétées de la prévalence en raison du manque de données et, parfois, des larges marges d'incertitude des estimations. Les données disponibles pour l'Europe indiquent toutefois un recul global de l'injection d'opiacés, en particulier celle d'héroïne. Dans certains pays toutefois, les niveaux d'injection semblent être restés relativement stables (Grèce, Chypre, Hongrie, Croatie, Norvège), alors qu'en République tchèque, le nombre d'usagers de drogue par injection, pour la plupart des consommateurs de méthamphétamine, a augmenté entre 2004 et 2009 ⁽¹⁰⁰⁾.

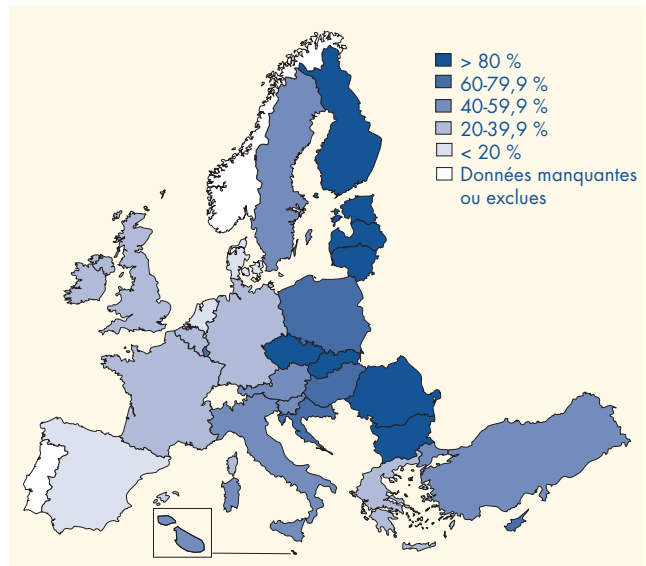
La plupart des pays européens ont fait état d'un déclin de la proportion d'usagers de drogue par injection parmi les patients consommateurs primaires d'héroïne entre 2004 et 2009. Les quelques pays où ce n'est pas le cas rapportent les proportions les plus élevées d'héroïnomanes parmi les patients admis en traitement.

Traitement de l'usage problématique d'opiacés

Offre de traitement et couverture

Des traitements de la dépendance aux opiacés basés sur le sevrage et sur la substitution sont disponibles dans tous les États membres de l'UE, en Croatie, en Turquie et

Graphique 13: Injection en tant que mode habituel d'administration parmi les usagers primaires d'opiacés admis en traitement en 2009



NB: Données exprimées en pourcentage des patients déclarés pour lesquels le mode d'administration est connu. Données de 2009 ou de la dernière année disponible. Voir le tableau TDI-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2011.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

en Norvège. Dans la plupart des pays, le traitement est dispensé dans des structures ambulatoires, notamment des centres spécialisés, des cabinets de médecine générale, des cabinets médicaux et des services à bas seuil. Dans quelques pays, les centres hospitaliers spécialisés jouent un rôle important dans le traitement de la dépendance aux opiacés ⁽¹⁰¹⁾. Une poignée de pays proposent un traitement avec prescription d'héroïne pour un groupe ciblé de consommateurs chroniques d'héroïne.

Dans le cas des consommateurs d'opiacés, le traitement par sevrage est généralement précédé d'une cure de désintoxication, qui leur apporte une aide pharmaceutique pour gérer les symptômes physiques du manque.

Cette approche thérapeutique exige généralement des personnes qu'elles s'abstiennent de consommer toute substance, y compris des médicaments de substitution. Les patients participent à des activités quotidiennes et reçoivent un soutien psychologique intensif. Si le sevrage peut se faire en milieu hospitalier ou dans une structure ambulatoire, les États membres font le plus souvent référence à des programmes d'hébergement (ou de réadaptation) qui appliquent des principes de communautés thérapeutiques ou le modèle Minnesota.

Les traitements de substitution, généralement intégrés dans un programme d'aide psychosociale, sont

⁽¹⁰⁰⁾ Voir le tableau PDU-6 (partie iii) du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁰¹⁾ Voir le tableau TDI-24 du bulletin statistique 2011.

Assèchement de la disponibilité d'héroïne en Europe?

Selon les rapports, la disponibilité de l'héroïne aurait sensiblement chuté au Royaume-Uni et en Irlande à la fin de 2010 et au début de 2011. Chiffres à l'appui, le Royaume-Uni déclare une baisse considérable de la pureté de l'héroïne saisie dans le pays entre le premier trimestre de 2009 et le troisième trimestre de 2010 (ONUDD, 2011).

L'étendue de la pénurie dans d'autres pays européens est moins patente, bien que des rapports suggèrent que l'Italie et la Slovénie ont connu des pénuries d'héroïne. D'autres États membres de l'UE, comme l'Allemagne, la France et des pays scandinaves, ne mentionnent que peu, voire pas, de réduction de la disponibilité de l'héroïne.

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer cet assèchement apparent de l'héroïne. Premièrement, il a été suggéré que la production réduite d'opium en Afghanistan, due au pourrissement du pavot au printemps 2010, pourrait en être responsable. Cette théorie est toutefois discutable dans la mesure où les rapports de police suggèrent que l'héroïne fabriquée au départ de l'opium afghan n'apparaîtrait sur les marchés européens de la drogue qu'environ dix-huit mois après la récolte. Un deuxième argument est que l'héroïne destinée à l'Europe occidentale a été détournée vers le marché russe, mais la Russie semble également faire face à une pénurie d'héroïne. Il a également été suggéré que les efforts des autorités répressives ont perturbé le trafic, en particulier grâce au démantèlement des réseaux de vente en gros d'héroïne entre la Turquie et le Royaume-Uni. En outre, ces dernières années (2007 et 2008) ont vu des saisies records du précurseur de l'héroïne, l'anhydride acétique, en Europe et celles-ci peuvent avoir affecté le marché sur une période plus longue. Enfin, d'autres développements en Afghanistan, comme les combats intenses dans le sud du pays et les faibles actions répressives menées contre les laboratoires de fabrication d'héroïne et les stocks d'opium, peuvent influencer l'approvisionnement de l'Europe en héroïne.

Il est probable qu'une combinaison de certains de ces facteurs a joué un rôle dans la perturbation de l'approvisionnement de l'Europe en héroïne et a provoqué d'importantes pénuries sur certains marchés.

habituellement dispensés dans des centres ambulatoires spécialisés. Quatorze pays signalent que le traitement de substitution est également dispensé par des médecins généralistes, dans le cadre de structures d'entraide avec des centres thérapeutiques spécialisés. Le nombre total de consommateurs d'opiacés recevant un traitement de substitution dans l'Union européenne, en Croatie et en Norvège est estimé à 700 000 personnes (690 000 dans les États membres de l'UE) en 2009 contre 650 000 en 2007 et près d'un demi-million en 2003 ⁽¹⁰²⁾. La grande

majorité des traitements de substitution est toujours dispensée dans les quinze États membres qui faisaient partie de l'UE avant 2004 (près de 95 % du total) et les chiffres n'ont cessé d'augmenter dans ces pays entre 2003 et 2009 (voir le graphique 14). Dans ces pays, les hausses les plus sensibles ont été observées en Finlande, où les chiffres ont triplé, ainsi qu'en Autriche et en Grèce, où le nombre de traitements a doublé.

Dans les douze pays qui ont rejoint l'UE plus récemment, le nombre de patients recevant un traitement de substitution a presque triplé entre 2003 et 2009 et est passé de 6 400 à 18 000. Par rapport à l'année de référence 2003, une forte hausse peut être relevée en 2005-2007, mais depuis, la progression est peu importante. Proportionnellement, l'essor du traitement de substitution dans ces pays au cours de ces six années a été le plus marqué en Estonie (multiplié par 16, de 60 à plus de 1 000 patients, même si seuls 5 % des consommateurs d'opiacés par injection sont concernés) et en Bulgarie (multiplié par 8), alors que le nombre de ces traitements a triplé en Lettonie. Les hausses les plus faibles ont été enregistrées en Slovaquie et en Hongrie et le nombre de patients en Roumanie est resté pratiquement inchangé. L'offre accrue de traitement de substitution pourrait être liée à plusieurs facteurs, tels qu'une réaction à des niveaux élevés d'usage de drogue par injection et de transmission du VIH qui y est associée, l'alignement sur la stratégie antidrogue de l'UE et le financement de projets pilotes par des organisations internationales comme le Fonds mondial et l'ONUDD.

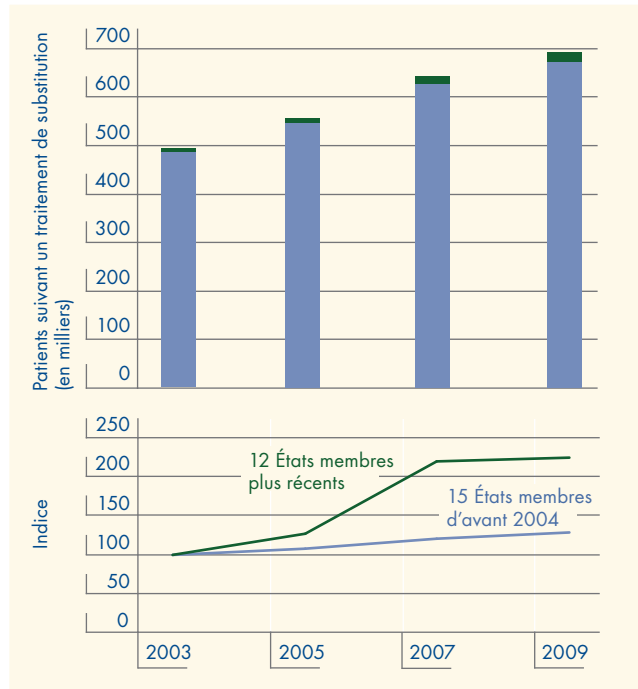
Une simple comparaison du nombre de patients recevant un traitement de substitution et du nombre estimé d'usagers d'opiacés à problèmes suggère que la couverture varie considérablement en Europe. Sur les seize pays pour lesquels des estimations fiables du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes sont disponibles, huit déclarent un nombre de traitements de substitution correspondant à 40 % ou plus de la population cible. Sept de ces pays sont des États membres qui faisaient déjà partie de l'UE en 2004 et l'autre pays avec une couverture étendue est Malte. La couverture atteint 37 % aux Pays-Bas et 32 % en République tchèque et en Hongrie. Sur les cinq pays où la couverture est inférieure à 30 %, quatre sont des États membres plus récents. L'exception à ce groupe est la Grèce, où la couverture est estimée à 23 % ⁽¹⁰³⁾.

Les pays d'Europe centrale et orientale consentent des efforts pour améliorer l'accès, la qualité et l'offre de traitements de substitution. En 2010, des lignes directrices cliniques pour le traitement de la dépendance aux opiacés

⁽¹⁰²⁾ Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁰³⁾ Voir le graphique HSR-1 du bulletin statistique 2011.

Graphique 14: Patients suivant un traitement de substitution aux opiacés dans les 15 États membres d'avant 2004 et dans les 12 États membres plus récents — Estimations et tendances indexées



NB: Pour de plus amples informations, voir le graphique HSR-2 du bulletin statistique 2011.
Sources: Points focaux nationaux Reitox.

par substitution de méthadone et de buprénorphine ont été publiées en Lituanie. La disponibilité géographique des traitements de substitution s'étend en Lettonie et de nouveaux prestataires de services apparaissent en dehors de Riga, la capitale. La République tchèque a adopté une réglementation finançant le traitement de substitution aux opiacés par le fonds national d'assurance maladie. Néanmoins, le manque de financement limite la couverture géographique en Pologne et réduit de manière significative le nombre de créneaux de traitement disponibles dans les principaux services proposant un traitement de substitution en Bulgarie, ces services ne bénéficiant pas de fonds publics.

Globalement, on estime que près de la moitié des usagers d'opiacés à problèmes de l'Union européenne ont accès à un traitement de substitution, soit un niveau comparable à ceux déclarés par l'Australie et les États-Unis, mais supérieur à celui du Canada. La Chine rapporte des niveaux sensiblement plus bas, tandis que la Russie, en dépit du fait qu'elle recense le nombre estimé le plus élevé d'usagers d'opiacés à problèmes, n'a pas introduit ce type de traitement (voir le tableau 11).

Tableau 11: Comparaison internationale des estimations du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes et du nombre de patients suivant un traitement de substitution aux opiacés

	Usagers d'opiacés à problèmes	Patients suivant un traitement de substitution aux opiacés
Union européenne et Norvège	1 300 000	695 000
Australie	90 000	43 000
Canada	80 000	22 000
Chine	2 500 000	242 000
Russie	1 600 000	0
États-Unis	1 200 000	660 000

NB: Année: 2009, à l'exception du Canada (année de référence: 2003).
Sources: Arfken e.a. (2010), Chalmers e.a. (2009), ONUDC (2010), Popova e.a. (2006), Yin e.a. (2010).

En Europe, près des trois quarts des patients en traitement de substitution reçoivent de la méthadone. La buprénorphine est prescrite à un quart des patients suivant un traitement de substitution en Europe et est la principale substance de substitution en République tchèque, en France, à Chypre, en Finlande, en Suède et en Croatie ⁽¹⁰⁴⁾. La combinaison buprénorphine-naloxone est disponible dans quinze pays. Les traitements à base de morphine à libération lente par voie orale (voir ci-après), de codéine (Allemagne, Chypre) et de diacétylmorphine ⁽¹⁰⁵⁾ (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Royaume-Uni) ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des traitements.

Outre les médicaments de substitution les plus couramment utilisés, la morphine à libération lente par voie orale, qui, à l'origine, a été autorisée pour traiter la douleur chez les patients cancéreux, est actuellement administrée comme médicament alternatif dans le traitement de substitution pour dépendance aux opiacés en Bulgarie, en Autriche, en Slovénie et en Slovaquie. Une analyse récente (Jegu e.a., 2011) de treize études a conclu que les niveaux de maintien en traitement semblaient suffisamment élevés avec cette substance (80,6 à 95 %) et ne différaient pas de ceux enregistrés pour la méthadone. La plupart des études ont révélé que la qualité de vie et les symptômes de manque étaient améliorés et que le besoin et la consommation de drogue illicite étaient diminués en cas d'administration de morphine, mais aucune comparaison n'a été faite avec d'autres médicaments de substitution. Davantage d'informations pourraient être apportées par une prochaine analyse systématique de Cochrane.

⁽¹⁰⁴⁾ Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁰⁵⁾ Voir l'encadré «Traitement avec prescription d'héroïne».

Traitement avec prescription d'héroïne

Un traitement avec prescription d'héroïne est proposé à un total d'environ 1 100 usagers d'opiacés à problèmes dans cinq États membres de l'UE (Danemark, Allemagne, Espagne, Pays-Bas, Royaume-Uni) et à 1 360 usagers d'opiacés à problèmes en Suisse. Ce traitement n'est pas proposé comme une option privilégiée, mais est réservé aux patients qui n'ont pas répondu à d'autres approches, comme un traitement d'entretien à la méthadone. Toutes les doses injectables (généralement quelque 20 milligrammes de diamorphine par injection) sont prises sous la surveillance directe du personnel afin d'assurer la conformité, la sécurité et la prévention de tout détournement éventuel vers le marché illicite. Les cliniques doivent donc être ouvertes pour plusieurs séances par jour, chaque jour de l'année.

Six essais cliniques randomisés portant sur les résultats et le rapport coût/efficacité de ce type de traitement ont été menés au cours des quinze dernières années (OEDT, 2011a). Tous les essais incluaient des usagers chroniques dépendants à l'héroïne pour lesquels d'autres approches thérapeutiques avaient échoué et auxquels avaient été attribués de manière aléatoire un traitement avec prescription d'héroïne ou un traitement de substitution à la méthadone par voie orale. Les études ont appliqué différentes méthodes et variables de résultats et leurs résultats ne sont donc que modérément compatibles. Dans l'ensemble, elles montrent une valeur ajoutée à l'injection d'héroïne surveillée en plus de doses supplémentaires de méthadone chez les usagers d'opiacés de longue durée pour lesquels d'autres approches avaient échoué. Les patients consomment moins de drogue achetée dans la rue et semblent bénéficier d'une certaine amélioration de leur santé physique et mentale.

Le coût estimé d'un traitement avec prescription d'héroïne s'élève à 19 020 euros par patient et par an en Allemagne et à 20 410 euros aux Pays-Bas (compte tenu des prix de 2009). Ce montant est sensiblement supérieur à celui du coût de l'administration à un patient d'un traitement de substitution à la méthadone par voie orale pendant un an, qui est estimé à 3 490 euros en Allemagne et à 1 634 euros aux Pays-Bas. La différence de coût entre le traitement à la méthadone et celui avec prescription d'héroïne est en grande partie due aux besoins supérieurs en personnel des cliniques spécialisées. En dépit de son coût supérieur, le traitement avec prescription d'héroïne a montré son efficacité pour un groupe ciblé d'usagers chroniques d'héroïne (OEDT, 2011a).

Traitement de la dépendance aux opiacés: efficacité et résultats

Le traitement de substitution aux opiacés, associé à des interventions psychosociales, a été considéré comme l'option la plus efficace pour les usagers d'opiacés. Par rapport à la désintoxication ou à l'absence totale de traitement, les traitements à la méthadone ou à la buprénorphine à haute dose révèlent des taux

plus élevés de maintien en traitement et affichent des résultats sensiblement supérieurs en ce qui concerne la consommation de drogue, la délinquance, les comportements à risque et la transmission du VIH, les surdoses et la mortalité globale (OMS, 2009).

Plusieurs études récentes portent sur la médication qui peut venir compléter un traitement de substitution. Deux études systématiques se sont penchées sur la question de savoir si les antidépresseurs réduisaient l'abandon du traitement par les patients sous méthadone ou buprénorphine, mais n'ont pas apporté de preuve de leur efficacité (Pani e.a., 2010b; Stein e.a., 2010). Une autre étude a montré qu'une seule dose de méthadone supplémentaire pouvait contribuer à réduire les problèmes d'humeur induits par le besoin chez les patients stabilisés sous méthadone (Strasser e.a., 2010).

La naltrexone, un antagoniste des récepteurs des opiacés, est utilisée pour éviter la rechute dans la consommation d'opiacés. Dans le cadre d'un essai à petite échelle, des implants de naltrexone ont été jugés plus efficaces que la naltrexone en prise orale dans la réduction de l'état de besoin et des rechutes (Hulse e.a., 2010). Une étude réalisée sur des prisonniers libérés a montré que les implants de naltrexone entraînaient des réductions similaires à la méthadone chez les consommateurs d'héroïne et de benzodiazépines (Lobmaier e.a., 2010). Des implants de buprénorphine, mis au point pour surmonter les problèmes de non-respect du traitement et prévenir le contournement du traitement, ont également été testés aux États-Unis avec des implants placebo. Une étude préliminaire a constaté une différence mineure en termes d'abstinence en faveur des implants actifs (Ling e.a., 2010) et la prochaine étape consistera à comparer ces implants avec d'autres traitements (O'Connor, 2010). En Europe, une étude finlandaise analyse la question de savoir si l'administration de suboxone dans une puce électronique qui enregistre la consommation améliore le respect du traitement et limite le détournement des drogues prises à domicile.

Les études sur les résultats des traitements montrent quelques résultats encourageants. L'étude sur les résultats des traitements s'est fondée sur une période de douze mois pour évaluer les résultats du traitement de 1 796 toxicomanes recrutés dans 342 services⁽¹⁰⁶⁾ dans toute l'Angleterre (Jones, A., e.a., 2009). Parmi les consommateurs d'héroïne qui ont participé aux premiers entretiens, 44 % avaient cessé d'en consommer au premier entretien de suivi et 49 % lors du second et des diminutions cohérentes avaient été constatées pour toutes les autres substances importantes.

⁽¹⁰⁶⁾ Traitement dans des services communautaires (essentiellement, un traitement oral d'entretien à la méthadone) et traitement en hébergement.

Traitement oral de substitution en cas de grossesse

Il est recommandé aux femmes enceintes dépendantes aux opiacés de suivre un traitement de substitution à la méthadone pendant toute la durée de leur grossesse. Alors que de nombreuses femmes veulent cesser de consommer des opiacés lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, il convient d'éviter le sevrage aux opiacés pendant la grossesse en raison du risque élevé de rechute et du danger des symptômes de manque, qui peuvent entraîner une fausse couche ou un travail prématuré (OMS, 2009). L'exposition prénatale à la méthadone est néanmoins également associée à un syndrome de sevrage néonatal, qui nécessite une médication et une hospitalisation.

La buprénorphine est une alternative à la méthadone en traitement d'entretien et a été récemment étudiée sur un échantillon de 175 femmes enceintes dépendantes aux

opiacés inscrites dans un essai contrôlé et randomisé international (Jones, H., e.a., 2009a), mené dans six endroits aux États-Unis, un au Canada et un à Vienne. Les femmes, recrutées entre 13 et 30 semaines de grossesse, ont reçu, de manière aléatoire, de la méthadone ou de la buprénorphine et ont été suivies avec leurs nouveau-nés jusqu'à six mois après l'accouchement. Comme dans d'autres études, la buprénorphine a été associée à un taux de décrochage du traitement plus élevé (33 %) que la méthadone (18 %), mais les enfants du groupe traité à la buprénorphine ont semblé avoir besoin de moins de morphine pour traiter le syndrome de sevrage néonatal et d'une durée d'hospitalisation plus courte. L'étude a conclu que, lorsqu'elles restent en traitement, les femmes enceintes peuvent recevoir de la buprénorphine ou de la méthadone afin de traiter leur dépendance aux opiacés pendant la grossesse (Jones, H., e.a., 2009b).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Chapitre 7

Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

Introduction

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

La consommation d'opiacés et l'injection de drogue sont deux modes de consommation de drogue étroitement associés à ces risques, notamment ceux de surdose et de transmission de maladies infectieuses. Le nombre total de surdoses mortelles déclarées dans l'Union européenne au cours des vingt dernières années équivaut à une mort par surdose toutes les heures. La recherche montre également qu'au cours de cette période, un nombre important de toxicomanes sont décédés d'autres causes, comme le sida ou le suicide (Bargagli e.a., 2006; Degenhardt e.a., 2009).

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

Maladies infectieuses liées à la drogue

L'OEDT surveille de manière systématique la prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse⁽¹⁰⁷⁾. Les maladies infectieuses causées par ces virus comptent parmi les conséquences sanitaires les plus graves de la consommation de drogue. D'autres maladies infectieuses, dont les hépatites A et D, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos, le botulisme, l'anthrax et le virus T-lymphotropique humain, peuvent affecter les toxicomanes de manière totalement disproportionnée.

VIH et sida

À la fin de 2009, l'incidence des nouveaux cas de VIH déclarés parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse est restée faible dans la plupart des pays de l'Union européenne et, dans l'ensemble, la situation de l'UE est relativement positive par rapport au contexte mondial (ECDC et OMS-Europe, 2010; Wiessing e.a., 2009) (voir le graphique 15). Cela peut être dû, au moins en partie, à la disponibilité plus grande des mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques, dont les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues. D'autres facteurs, tels que le recul de la consommation de drogue par injection constaté dans certains pays, peuvent également avoir contribué à cette situation (OEDT, 2010g). Le taux moyen de nouveaux cas diagnostiqués dans les vingt-six États membres de l'UE en mesure de fournir des données pour 2009 est tombé à un nouveau seuil de 2,85 cas par million d'habitants, soit 1 299 nouveaux cas déclarés⁽¹⁰⁸⁾. Néanmoins, dans certaines régions d'Europe, les données laissent à penser que la transmission du VIH liée à la consommation de drogue par injection s'est poursuivie en 2009, ce qui met en évidence la nécessité d'assurer la couverture et l'efficacité des méthodes de prévention locales.

Les données disponibles sur la prévalence du VIH dans des échantillons d'usagers de drogue par injection dans l'UE indiquent une prévalence plus faible que dans les pays voisins de l'Est⁽¹⁰⁹⁾, bien qu'il faille faire preuve de prudence dans les comparaisons entre pays en raison des différences de méthodes et de couverture des études.

Tendances de la contamination au VIH

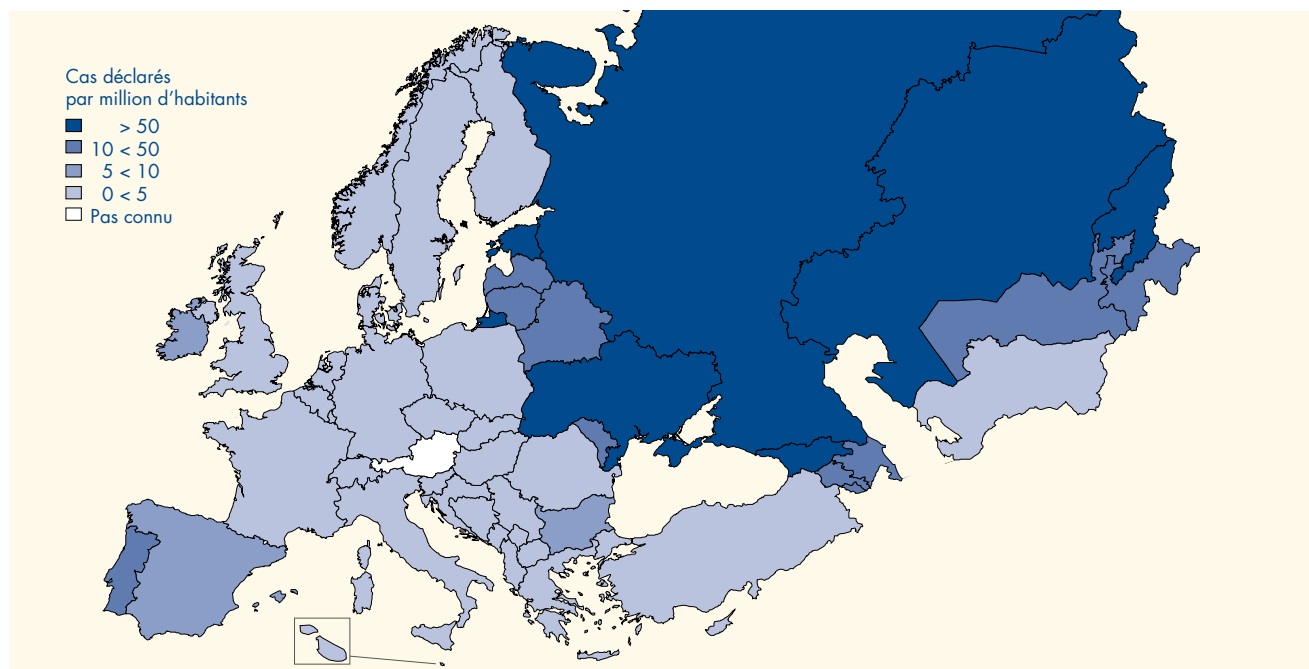
Les données relatives aux nouveaux cas déclarés liés à la consommation de drogues injectables pour 2009 suggèrent que les taux d'infection continuent à chuter partout dans l'Union européenne, après le pic enregistré en 2001-2002 du fait d'épidémies en Estonie, en Lettonie et en Lituanie. Sur les cinq pays affichant les taux les plus élevés d'infections nouvellement diagnostiquées parmi les usagers

⁽¹⁰⁷⁾ Pour de plus amples détails sur les méthodes et les définitions, voir le bulletin statistique 2011.

⁽¹⁰⁸⁾ Les données manquent pour l'Autriche. Le taux moyen est de 2,44 cas par million d'habitants dans les États membres de l'UE, la Croatie, la Turquie et la Norvège.

⁽¹⁰⁹⁾ Voir le tableau INF-1 du bulletin statistique 2011.

Graphique 15: Infections au VIH nouvellement diagnostiquées chez les usagers de drogue par injection en 2009 en Europe et en Asie centrale



NB: Les couleurs indiquent le taux par million d'habitants de cas d'infections au VIH nouvellement diagnostiqués et attribués au groupe à risque des usagers de drogue par injection diagnostiqués en 2009.

Sources: ECDC et OMS-Europe, 2010. Les données russes proviennent du Centre de recherche méthodologique fédéral sur la prévention et la lutte contre le sida. Bulletin d'information n° 34, p. 35, Moscou, 2010 (en russe).

de drogue par injection entre 2004 et 2009 (Estonie, Espagne, Lettonie, Lituanie, Portugal), trois ont poursuivi leur courbe descendante, mais les taux enregistrés en Estonie et en Lituanie sont remontés par rapport à leurs niveaux de 2008 (voir le graphique 16) ⁽¹¹⁰⁾. En Estonie, les chiffres sont passés de 26,8 cas par million en 2008 à 63,4 cas par million en 2009 et, en Lituanie, de 12,5 cas par million en 2008 à 34,9 cas par million en 2009. Au cours de la même période, le taux de nouveaux cas d'infection parmi les usagers de drogue par injection en Bulgarie a grimpé de 0,9 nouveau cas par million en 2004 à 9,7 cas par million en 2009, tandis qu'en Suède, le taux a culminé à 6,7 nouveaux cas par million (61 nouveaux cas diagnostiqués) en 2007. Ces données indiquent qu'il existe toujours un risque d'épidémie de VIH au sein de la population des usagers de drogue par injection dans certains pays.

Les tendances du suivi de la prévalence du VIH dans des échantillons d'usagers par injection complètent utilement les données issues du recensement des cas de VIH. Des données de prévalence sont disponibles dans vingt-sept pays européens pour la période comprise entre

2004 et 2009 ⁽¹¹¹⁾. Dans dix-neuf pays, la prévalence du VIH est restée inchangée. Dans cinq pays (France, Italie, Autriche, Pologne, Portugal), la prévalence du VIH a enregistré des baisses, fondées, dans trois pays, sur des échantillons nationaux, tandis qu'en France, la tendance prenait appui sur les données de cinq villes. En Autriche, l'échantillon national ne montre pas de changement, mais un recul est observé à Vienne. Deux pays font état d'une prévalence en hausse du VIH: la Slovaquie (données nationales) et la Lettonie (résultats d'essai autodéclarés de sept villes). En Bulgarie, la baisse au niveau national ne se reflète pas dans la capitale (Sofia), où la tendance est à la hausse. En Italie, la tendance nationale s'oriente à la baisse, une seule des vingt et une régions déclarant une hausse ⁽¹¹²⁾.

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

⁽¹¹⁰⁾ Les données de l'Espagne ne couvrent pas tout le pays.

⁽¹¹¹⁾ Les données relatives aux tendances ne sont pas disponibles pour l'Estonie, l'Irlande et la Turquie. Voir le tableau INF-108 du bulletin statistique 2011.

⁽¹¹²⁾ Les données de l'Italie concernent les usagers de drogue en traitement lorsque la situation en matière d'injection n'est pas connue. De ce fait, une baisse de la prévalence du VIH pourrait également être due à un déclin de la consommation de drogue par injection dans la population testée.

Malgré une tendance à la baisse généralisée depuis 2004, le taux de nouveaux cas de VIH diagnostiqués (par million d'habitants) déclarés en 2009 et liés à la consommation de drogue par injection reste toujours élevé en Estonie (63,4 cas par million d'habitants), en Lituanie (34,9 cas), en Lettonie (32,7 cas), au Portugal (13,4 cas) et en Bulgarie (9,7 cas), ce qui suggère qu'un nombre considérable de nouveaux cas continuent à apparaître chez les usagers de drogue par voie intraveineuse dans ces pays ⁽¹¹³⁾.

D'autres indices de la poursuite de la transmission du VIH dans six pays (Estonie, Espagne, France, Lettonie, Lituanie, Pologne) sont les niveaux de prévalence supérieurs à 5 % dans des échantillons de jeunes usagers de drogue par injection (moins de 25 ans) entre 2005 et 2007 ⁽¹¹⁴⁾ et dans deux pays (Bulgarie, Chypre), où la prévalence chez les jeunes usagers de drogue par injection a augmenté entre 2004 et 2009.

Incidence du sida et accès à la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART)

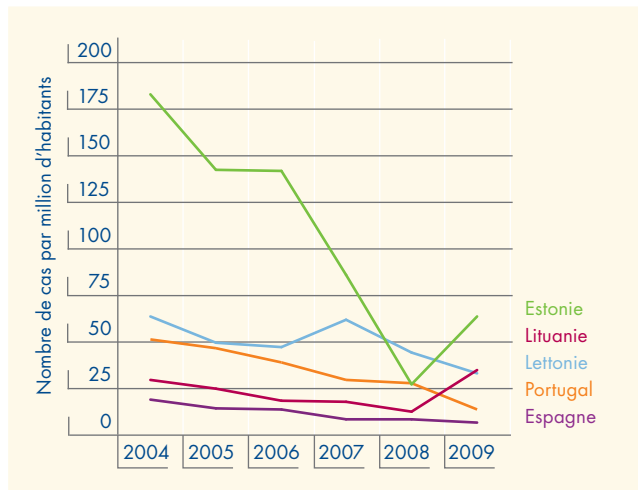
Bien qu'elles ne soient pas un bon indicateur de la transmission du VIH, les informations sur l'incidence du sida sont importantes, car elles témoignent des nouvelles manifestations de la maladie sous sa forme symptomatique. Le fort taux d'incidence du sida peut indiquer que de nombreux usagers de drogue par injection infectés par le VIH ne reçoivent pas la thérapie antirétrovirale hautement active à un stade suffisamment précoce de leur infection pour en tirer un bénéfice optimal. Une étude récente confirme que c'est peut-être encore le cas dans plusieurs pays de l'UE (Mathers e.a., 2010).

La Lettonie est le pays présentant la plus forte incidence de sida liée à la consommation de drogue par injection. On estime ainsi à 20,8 le nombre de nouveaux cas par million d'habitants en 2009, en recul par rapport aux 26,4 cas enregistrés en 2008. Des taux d'incidence du sida relativement élevés parmi les usagers de drogue par injection sont également signalés en Estonie, en Espagne, en Lituanie, au Portugal et en Lituanie, avec respectivement 19,4, 7,3, 6,6 et 6,0 nouveaux cas par million d'habitants. Parmi ces pays, la tendance est au recul en Espagne et au Portugal pour la période 2004-2009, mais pas en Estonie et en Lituanie ⁽¹¹⁵⁾.

Hépatites B et C

L'hépatite virale, et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C, est extrêmement répandue chez les

Graphique 16: Tendances des infections au VIH nouvellement déclarées chez les usagers de drogue par injection dans les cinq États membres de l'UE déclarant les taux les plus élevés



NB: Données rapportées à la fin d'octobre 2010, voir le graphique INF-2 du bulletin statistique 2011.
Sources: ECDC et OMS-Europe, 2010.

usagers de drogue par injection en Europe. Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogue par injection en 2008-2009 oscillaient entre 22 et 83 %, huit pays sur douze faisant état de taux supérieurs à 40 % ⁽¹¹⁶⁾. Trois pays (République tchèque, Hongrie, Slovénie) déclarent une prévalence inférieure à 25 %; toutefois, un taux d'infection de ce niveau reste un problème de santé publique majeur.

À l'intérieur même des pays, les taux de prévalence du VHC peuvent varier considérablement, reflétant tant des différences régionales que les caractéristiques de la population considérée. Ainsi, en Italie, les estimations régionales oscillent entre 37 et 81 % (voir le graphique 17).

De récentes études (2008-2009) mettent en évidence des variations importantes des niveaux de prévalence du VHC observés chez les usagers de drogue de moins de 25 ans et chez les usagers pratiquant l'injection depuis moins de deux ans, ce qui suggère des niveaux variables de l'incidence du VHC dans ces populations en Europe ⁽¹¹⁷⁾. Toutefois, ces études montrent également que de nombreux usagers de drogue par voie intraveineuse contractent le virus peu de temps après avoir commencé à s'injecter de la drogue. Cela implique qu'on ne dispose que d'un laps de temps très court pour mettre en place des mesures de prévention contre le VHC.

⁽¹¹³⁾ Voir le tableau INF-104 du bulletin statistique 2011.

⁽¹¹⁴⁾ Voir le tableau INF-109 du bulletin statistique 2011.

⁽¹¹⁵⁾ Voir le graphique INF-1 et le tableau INF-104 (partie ii) du bulletin statistique 2011.

⁽¹¹⁶⁾ Voir les tableaux INF-2 et INF-111 du bulletin statistique 2011.

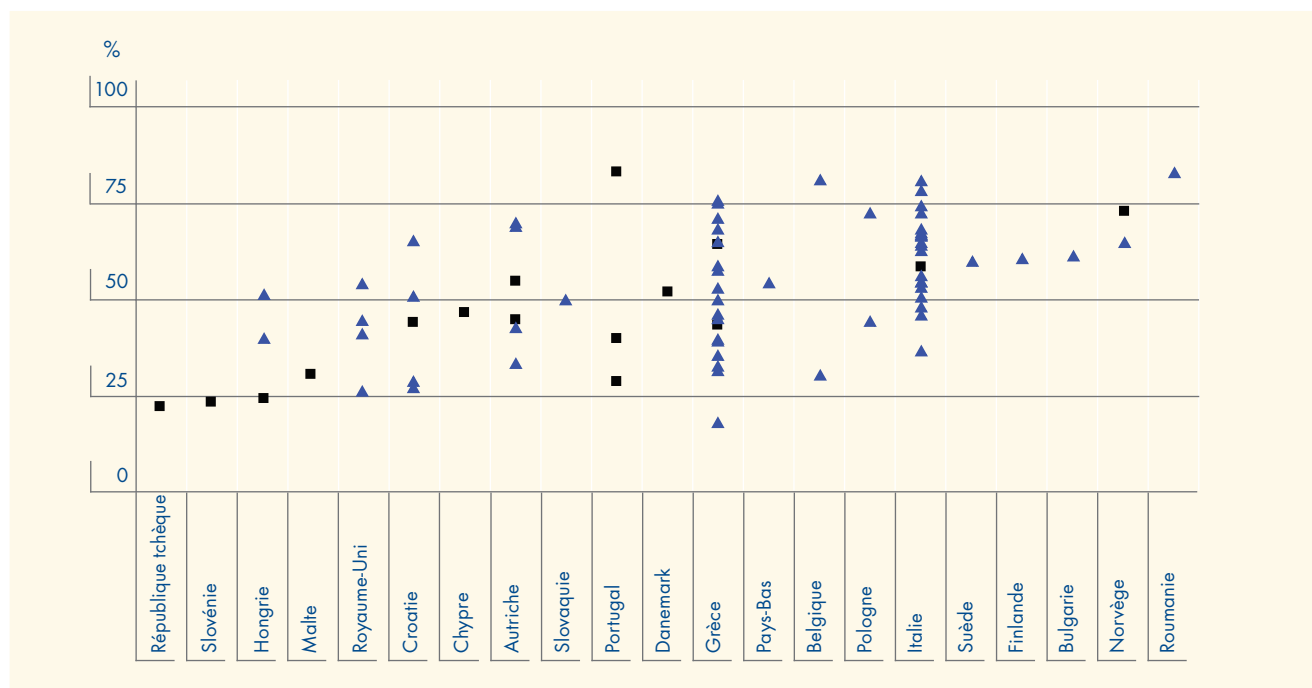
⁽¹¹⁷⁾ Voir les tableaux INF-112 et INF-113 et le graphique INF-6 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2011.

Entre 2004 et 2009, la prévalence du VHC chez les usagers de drogue par injection a été déclarée en baisse dans huit pays et une prévalence accrue est rapportée dans un pays (Chypre), tandis que les séries de données de quatre autres pays affichent des tendances divergentes. La prudence est toutefois de mise en raison de la couverture géographique limitée des études et/ou de la taille des échantillons considérés dans certains cas ⁽¹¹⁸⁾. Des études portant sur les jeunes usagers de drogue par injection (âgés de moins de 25 ans) suggèrent une fois de plus des baisses de la prévalence dans certains pays au sein de ce groupe à l'échelon national (Bulgarie, Slovénie, Royaume-Uni) ou infranational (Crète en Grèce, Vorarlberg en Autriche), ce qui pourrait indiquer des taux de transmission en recul. Néanmoins, certaines hausses sont également rapportées (Chypre, Graz en Autriche). Certaines de ces tendances sont confirmées par les données relatives aux nouveaux usagers de drogue par injection (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans). Une hausse de la prévalence du VHC est rapportée chez les nouveaux usagers de drogue par injection en Grèce (Attique), tandis qu'elle est en baisse en Autriche (Vorarlberg) et en Suède (Stockholm) ⁽¹¹⁹⁾.

La prévalence des anticorps réagissant au virus de l'hépatite B varie aussi considérablement, peut-être en partie en raison de différences dans les niveaux de vaccination, bien que d'autres facteurs puissent jouer un rôle. Le marqueur sérologique de l'infection au VHB comportant le plus d'informations est le HBsAg (antigène de surface du virus de l'hépatite B), qui indique l'état actuel d'infection. Pour la période 2004-2009, quatre des quatorze pays ayant fourni des données sur ce virus chez les usagers de drogue par injection citent des études qui mentionnent des taux de prévalence du HBsAg supérieurs à 5 % (Bulgarie, Grèce, Lituanie, Roumanie) ⁽¹²⁰⁾.

L'évolution dans le temps du nombre de cas déclarés d'hépatites B et C donne une image contrastée, dont l'interprétation est difficile en raison de la mauvaise qualité des données. Toutefois, on peut mieux comprendre l'épidémiologie de ces infections en examinant le pourcentage d'usagers de drogue par injection dans l'ensemble des cas déclarés où des facteurs de risque sont connus (Wiessing e.a., 2008). En moyenne, dans les vingt pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 2004-2009, la consommation de drogue

Graphique 17: Prévalence des anticorps du VHC chez les usagers de drogue par injection



NB: Les données se rapportent aux années 2008 et 2009. Les carrés noirs sont des échantillons à couverture nationale; les triangles bleus sont des échantillons à couverture infranationale (locale ou régionale). Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence en raison des différents types de paramètres et de méthodes d'analyse. Les stratégies nationales d'échantillonnage peuvent varier. Les pays sont présentés par ordre de prévalence croissante, sur la base de la moyenne des données nationales ou, si elles ne sont pas disponibles, de données infranationales. Pour de plus amples informations, voir le graphique INF-6 du bulletin statistique 2011.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

⁽¹¹⁸⁾ Voir le tableau INF-111 du bulletin statistique 2011.

⁽¹¹⁹⁾ Voir les tableaux INF-112 et INF-113 du bulletin statistique 2011.

⁽¹²⁰⁾ Voir le tableau INF-114 du bulletin statistique 2011.

par injection représente 63 % de tous les cas de VHC et 38 % des cas aigus de VHC déclarés, où une catégorie à risque est connue. En ce qui concerne l'hépatite B, les usagers de drogue par injection représentent 20 % du total des cas déclarés et 26 % des cas aigus. Ces données confirment que les usagers de drogue par injection constituent toujours un important groupe à risque pour l'hépatite virale en Europe ⁽¹²¹⁾.

Autres infections

Outre les infections virales, les usagers de drogue par injection sont également exposés à d'autres maladies bactériennes ⁽¹²²⁾. L'épidémie d'anthrax qui a frappé les usagers de drogue injectable en Europe (OEDT, 2010a) a mis en évidence un problème persistant de maladie grave due à des bactéries sporulantes présentes chez les usagers de drogue par injection. Une étude européenne a collationné des données sur les cas déclarés de quatre infections bactériennes (botulisme, tétanos, *Clostridium novyi* et anthrax) chez les usagers de drogue par injection au cours de la décennie écoulée. Entre 2000 et 2009, six pays ont déclaré 367 cas, avec des pourcentages de population variant de 0,03 à 7,54 cas par million d'habitants. La majeure partie de ces infections (92 %) a été signalée par trois pays du nord-ouest de l'Europe, à savoir l'Irlande, le Royaume-Uni et la Norvège. Cette variation géographique n'est pas comprise et requiert de nouvelles recherches (Hope e.a., dans la presse).

Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées

La prévention des maladies infectieuses au sein de la population des consommateurs de drogue est un objectif de santé publique majeur de l'Union européenne et fait partie intégrante des politiques de lutte contre la drogue de la plupart des États membres. Les pays ont recours à une combinaison de plusieurs approches pour prévenir et contrôler la propagation des maladies infectieuses chez les toxicomanes: surveillance, vaccination et traitement des infections; traitement de la dépendance, en particulier le traitement de substitution aux opiacés; fourniture de matériel d'injection stérile; activités communautaires axées sur l'information, l'éducation, le dépistage et le comportement, souvent par l'intermédiaire de services de proximité et de structures à bas seuil. Ces mesures, associées à la thérapie antirétrovirale et au diagnostic et au traitement de la tuberculose, ont été recommandées par les agences des Nations unies en tant qu'actions

La tuberculose chez les toxicomanes

La tuberculose est une maladie bactérienne, qui s'attaque généralement aux poumons et peut être mortelle. En 2008, 82 605 cas ont été recensés dans 26 États membres de l'UE et la Norvège, avec des taux de prévalence supérieurs à 20 par 100 000 habitants en Roumanie (114,1), en Lituanie (66,8), en Lettonie (47,1), en Bulgarie (41,2), en Estonie (33,1) et au Portugal (28,7) (ECDC, 2010). En Europe, la maladie est essentiellement concentrée dans des groupes à haut risque, comme les migrants, les sans-abri, les usagers de drogue et les détenus. En raison de leur marginalisation et de leur mode de vie, les toxicomanes peuvent courir plus de risques de contracter la tuberculose que la population générale. La séropositivité représente un risque supplémentaire de développer la tuberculose, dont on estime qu'il est entre 20 et 30 fois plus élevé que parmi la population qui n'est pas infectée par le VIH (OMS, 2010a).

Les données relatives à la prévalence de la tuberculose dans les populations consommatrices de drogue sont rares. En Europe, des taux élevés de tuberculose active (symptomatique) sont rapportés chez les toxicomanes admis en traitement en Grèce (1,7 %), en Lituanie (3 %) et au Portugal (1 à 2 %), alors que le dépistage systématique dans les services de traitement de la toxicomanie en Autriche, en Slovaquie et en Norvège n'a pas permis d'identifier de cas.

La tuberculose peut être traitée efficacement chez les usagers de drogue, mais le traitement requiert un protocole de soins complexe d'au moins six mois. Il est essentiel d'aller au bout du traitement, car l'agent pathogène devient rapidement tolérant aux médicaments et développe une résistance au traitement. Pour les usagers de drogue à problèmes, en particulier ceux ayant un mode de vie chaotique, il peut être difficile de suivre le traitement. De nouvelles approches thérapeutiques tentent de réduire la durée du traitement afin d'accroître la probabilité d'achèvement du traitement.

prioritaires pour la prévention du VIH et le traitement et les soins aux usagers de drogue par voie intraveineuse (OMS, ONUDC et Onusida, 2009).

Interventions

L'efficacité du traitement de substitution aux opiacés dans la réduction de la transmission du VIH et le comportement à risque autodéclaré d'injection a été confirmée dans plusieurs études et analyses. Il est de plus en plus avéré que l'efficacité de la combinaison d'un traitement de substitution aux opiacés et de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans la réduction de l'incidence du VIH ou du VHC est plus grande que l'application de l'une ou l'autre de ces deux approches (ECDC et OEDT, 2011).

⁽¹²¹⁾ Voir les tableaux INF-105 et INF-106 du bulletin statistique 2011.

⁽¹²²⁾ Voir l'encadré «La tuberculose chez les toxicomanes».

Prévention des infections chez les usagers de drogue par injection: lignes directrices communes de l'ECDC et de l'OEDT

En 2011, l'ECDC et l'OEDT ont publié des orientations communes sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses chez les usagers de drogue par injection. Ces orientations donnent une vue d'ensemble de l'efficacité des interventions, et notamment des mesures telles que la fourniture de seringues propres et d'autre matériel d'injection, le traitement de la dépendance, en particulier le traitement de substitution aux opiacés, la vaccination, le dépistage et le traitement des infections chez les toxicomanes. Elles étudient également les modèles de prestation des services aux toxicomanes et les messages informatifs et éducatifs les plus adaptés à cette population.

Cette publication est disponible en version imprimée et sur le site de l'OEDT, en anglais uniquement.

Profitant des améliorations intervenues dans le traitement de l'hépatite C, de nombreux pays multiplient leurs efforts de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite chez les toxicomanes. L'Union européenne soutient plusieurs initiatives visant à améliorer la prévention de l'hépatite C chez les usagers de drogue. Parmi celles-ci figurent la cartographie des normes et directives nationales pour la prévention du VHC en Europe (Zurhold, 2011), un recueil d'exemples de campagnes de sensibilisation et de prévention et de mesures en matière de traitement et de soins (projet «Corrélation» et EHRN, 2010) ainsi que le développement de matériel de formation pour les décideurs, les professionnels de la médecine et les prestataires locaux de services (par exemple Hunt et Morris, 2011).

La distribution gratuite de seringues propres par l'intermédiaire des structures spécialisées ou des pharmacies existe dans tous les pays, à l'exception de la Turquie, mais, en dépit d'un essor considérable de cette pratique au cours des vingt dernières années, les informations sur la couverture géographique révèlent des déséquilibres, plusieurs pays d'Europe centrale et orientale ainsi que la Suède faisant état d'une absence de disponibilité dans certaines régions (voir le graphique 18).

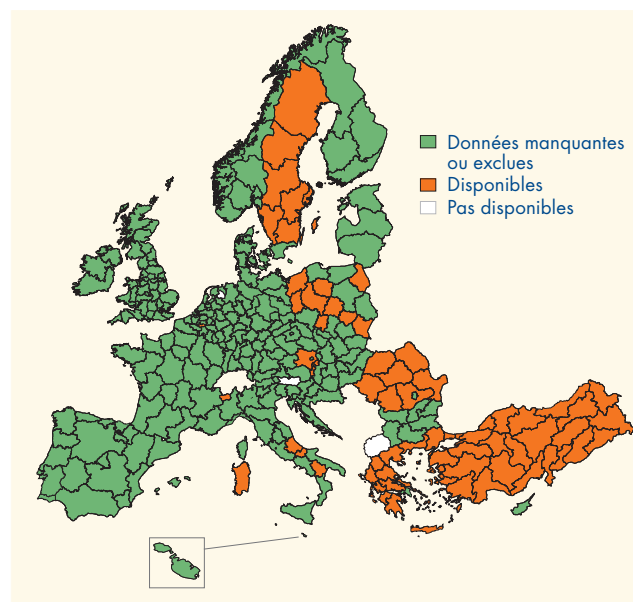
Des données récentes relatives à la fourniture de seringues dans le cadre de programmes spécialisés d'échange de seringues sont disponibles pour tous les pays, à l'exception de trois, et sont incomplètes dans deux autres (123).

Ces données révèlent que près de 50 millions de seringues sont distribuées chaque année dans le cadre de ces programmes. Cela équivaut à une moyenne de 94 seringues par consommateur estimé de drogue par injection dans les pays qui fournissent des données sur les seringues.

Le nombre moyen de seringues distribuées par an et par usager peut être calculé pour treize pays européens (124). Dans sept de ces pays, le nombre moyen de seringues distribuées par le biais des programmes spécialisés est inférieur à 100 par usager de drogue par injection; quatre pays distribuent entre 100 et 200 seringues et le Luxembourg et la Norvège précisent avoir distribué plus de 200 seringues par usager (125). En ce qui concerne la prévention du VIH, les agences des Nations unies jugent faible la distribution de 100 seringues par an et par usager et élevée celle de 200 seringues par usager (OMS, ONUDC et Onusida, 2009).

Au cours des quatre dernières années de signalement (2005-2009), le nombre total de seringues distribuées dans le cadre de programmes d'échange de seringues a progressé de 32 %. Une analyse subrégionale de l'évolution de la fourniture de seringues montre un

Graphique 18: Disponibilité géographique des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues au niveau régional



NB: Régions définies selon la nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS) de niveau 2; pour de plus amples informations, voir le site d'Eurostat.

Source: Voir le tableau HSR-4 du bulletin statistique 2011.

(123) Voir le tableau HSR-5 du bulletin statistique 2011. Pour la période 2007-2009, aucune donnée sur le nombre de seringues distribuées n'était disponible pour le Danemark, l'Allemagne et l'Italie. Les données néerlandaises ne couvrent qu'Amsterdam et Rotterdam et celles sur le Royaume-Uni n'incluent pas l'Angleterre.

(124) Voir le graphique HSR-3 du bulletin statistique 2011.

(125) Ces chiffres n'incluent pas les ventes dans les pharmacies, qui peuvent constituer une source importante de seringues stériles pour les usagers de drogue dans plusieurs pays.

fléchissement de la hausse parmi les États qui étaient membres de l'UE avant 2004 et une augmentation dans les nouveaux États membres.

Mortalité et décès liés à la drogue

La consommation de drogue est l'une des principales causes de problèmes sanitaires et de mortalité chez les jeunes Européens et peut représenter une proportion considérable de l'ensemble des décès chez les adultes. Des études ont montré qu'entre 10 et 23 % de la mortalité des 15-49 ans étaient imputables à la consommation d'opiacés (Bargagli e.a., 2006; Bloor e.a., 2008).

La mortalité liée à la drogue englobe les décès directement ou indirectement causés par la consommation de drogue. Cela comprend les décès par surdose (décès dus à la drogue), le VIH/sida, les accidents de la circulation — en particulier lorsque la drogue est associée à la consommation d'alcool —, la violence, le suicide et les problèmes chroniques dus à la consommation répétée de drogues (par exemple les problèmes cardiovasculaires chez les consommateurs de cocaïne) ⁽¹²⁶⁾.

Décès dus à la drogue

Les estimations les plus récentes suggèrent que 7 630 décès dus à la drogue seraient survenus en 2009 dans les États membres de l'UE et en Norvège, soit une situation stable par rapport aux 7 730 décès signalés en 2008 ⁽¹²⁷⁾. Il est probable que ces chiffres soient des estimations prudentes, car les données nationales peuvent être influencées par un sous-signalement ou une sous-évaluation des décès dus à la drogue. Quelques pays ont évalué l'ampleur de la sous-estimation dans leurs données nationales.

De 1995 à 2008, entre 6 300 et 8 400 décès dus à la drogue ont été déclarés chaque année par les États membres de l'UE et la Norvège. En 2008, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour la quasi-totalité des pays, l'Allemagne et le Royaume-Uni représentaient plus de la moitié de tous les décès dus à la drogue déclarés. Avec l'Espagne et l'Italie, ces pays enregistraient deux tiers de tous les cas déclarés (5 075).

En 2009, le taux moyen de mortalité due à des surdoses dans l'UE est estimé à 21 décès par million d'habitants

âgés de 15 à 64 ans, la plupart des pays faisant état de taux compris entre 4 et 59 décès par million (voir le graphique 19). Treize pays européens sur vingt-huit affichent des taux supérieurs à 20 décès par million et sept pays signalent des taux supérieurs à 40 décès par million. Parmi les Européens âgés de 15 à 39 ans, les décès par surdose représentaient 4 % de tous les décès ⁽¹²⁸⁾.

Le nombre déclaré de décès dus à la drogue peut être influencé par la prévalence et les modes de consommation (injection, polytoxicomanie), l'âge et les comorbidités des consommateurs de drogue, ainsi que par la disponibilité des traitements et des services d'urgence et la qualité de la collecte des données et du signalement. La fiabilité accrue des données européennes a permis de mieux décrire les tendances et la plupart des pays ont désormais adopté une définition de cas conforme à celle de l'OEDT ⁽¹²⁹⁾. Néanmoins, il convient d'être prudent en établissant des comparaisons, car des écarts subsistent entre les pays en termes de méthodologie de signalement et de sources.

Décès liés aux opiacés

Héroïne

Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne et ses métabolites, sont présents dans la majorité des décès dus à la drogue signalés en Europe. Dans les vingt-deux pays ayant fourni des données pour 2008 ou 2009, les opiacés représentaient la grande majorité des cas, soit plus de 90 % dans cinq pays et entre 80 et 90 % dans douze autres. Outre l'héroïne, les autres substances décelées sont l'alcool, les benzodiazépines et d'autres opiacés et, dans certains pays, la cocaïne. Ces chiffres suggèrent qu'une part substantielle de tous les décès dus à la drogue s'inscrit dans un contexte de polytoxicomanie, comme l'illustre une étude toxicologique des décès liés à la drogue menée en Écosse de 2000 à 2007. Cette étude a montré que l'héroïne et l'alcool étaient souvent associés, en particulier chez les hommes plus âgés. Parmi les hommes dont le décès était lié à l'héroïne, de l'alcool a été détecté chez 53 % des plus de 35 ans, contre 36 % chez les moins de 35 ans (Bird et Robertson, 2011; voir aussi GROS, 2010).

La majorité des victimes de décès par surdose en Europe sont des hommes (81 %). Globalement, on recense quatre hommes pour une femme (avec un ratio hommes/

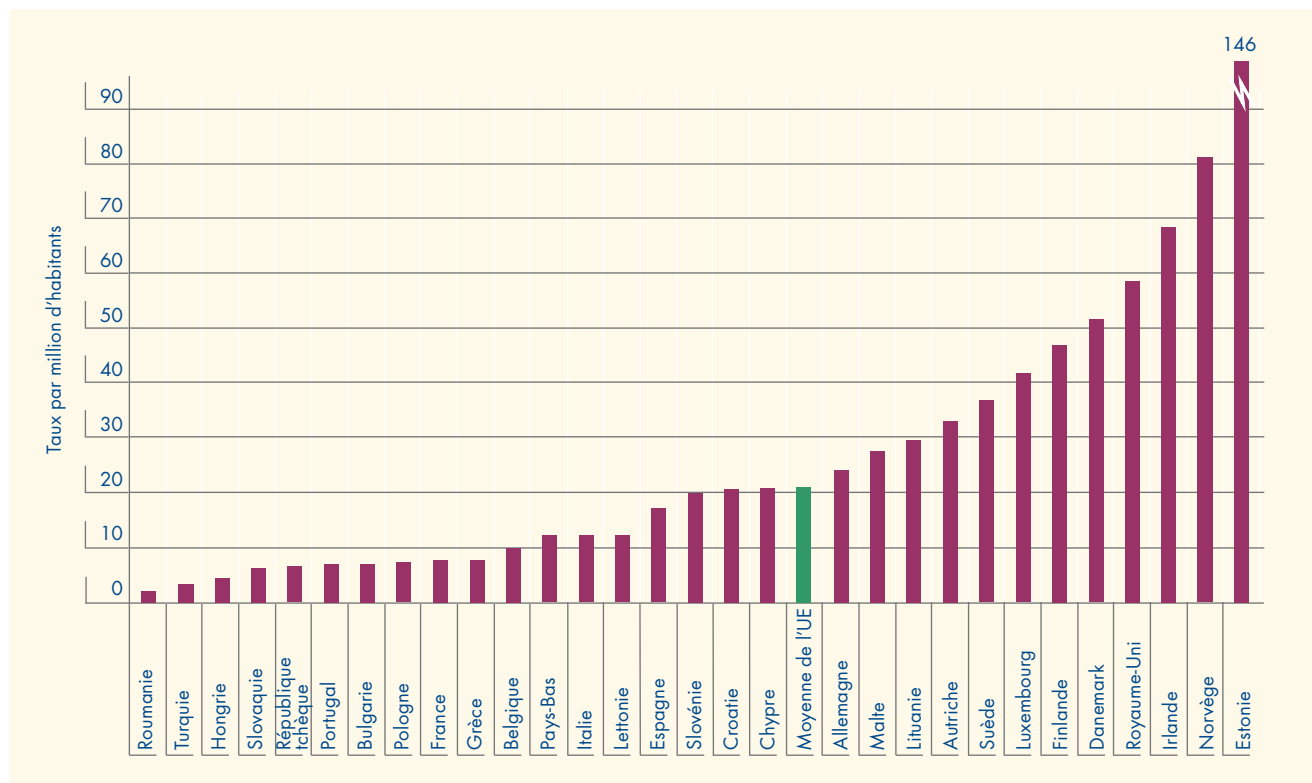
⁽¹²⁶⁾ Voir «La mortalité liée à la drogue: un concept complexe» dans le rapport annuel 2008.

⁽¹²⁷⁾ Les estimations européennes reposent sur des données de 2009 pour 17 des 27 États membres et la Norvège, de 2008 pour 9 pays et sont des projections pour 1 pays. La Belgique est exclue, car aucune donnée n'est disponible. Pour de plus amples informations, voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2011.

⁽¹²⁸⁾ Voir le graphique DRD-7 (partie i) et les tableaux DRD-5 (partie ii) et DRD-107 (partie i) du bulletin statistique 2011.

⁽¹²⁹⁾ Pour des informations méthodologiques détaillées, voir le bulletin statistique 2011 et les pages sur les indicateurs clés des décès liés à la drogue.

Graphique 19: Taux estimés de mortalité chez les adultes (15-64 ans) liée à la drogue



NB: Pour de plus amples informations, voir le graphique DRD-7 du bulletin statistique 2011.
Sources: Points focaux nationaux Reitox.

femmes compris entre 1,4/1 en Pologne et 31/1 en Roumanie) ⁽¹³⁰⁾. Les décès déclarés dus à la drogue concernent davantage les hommes et les jeunes gens dans les États membres qui ont rejoint l'UE plus récemment que dans les États qui étaient membres de l'UE avant 2004 et la Norvège. Les situations diffèrent en Europe, les pourcentages d'hommes étant plus élevés dans les pays méridionaux (Grèce, Italie, Roumanie, Chypre, Hongrie, Croatie), en Estonie, en Lettonie et en Lituanie. Le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et la Norvège signalent, quant à eux, des pourcentages plus élevés de décès de personnes plus âgées. Dans la plupart des pays, l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose d'héroïne est d'environ 35 ans et cet âge augmente dans de nombreux pays, ce qui porte à croire que le nombre de jeunes héroïnomanes se stabilise ou diminue et que la cohorte des usagers d'opiacés à problèmes vieillit. Dans l'ensemble, 12 % des décès par surdose déclarés en Europe surviennent chez les moins de 25 ans ⁽¹³¹⁾.

Plusieurs facteurs sont associés aux surdoses d'héroïne mortelles ou non, comme l'injection et l'utilisation simultanée d'autres substances, en particulier l'alcool, les benzodiazépines et certains antidépresseurs. La consommation excessive de drogue, la comorbidité, l'absence de domicile fixe, une santé mentale fragile (par exemple la dépression et l'empoisonnement volontaire), le fait de ne pas suivre un traitement, des expériences antérieures de surdoses et la solitude au moment de la surdose sont d'autres facteurs liés aux surdoses (Rome e.a., 2008). La période suivant immédiatement la sortie de prison (OMS, 2010a) ou la fin d'un traitement de toxicomanie a été identifiée comme une période particulièrement à risque pour les surdoses, comme le confirment de nombreuses études longitudinales.

Autres opiacés

Outre l'héroïne, divers autres opiacés sont mentionnés dans les rapports toxicologiques, dont la méthadone ⁽¹³²⁾ et la buprénorphine. Les décès dus à un empoisonnement

⁽¹³⁰⁾ Étant donné que la majorité des décès dus à la drogue signalés à l'OEDT sont des surdoses d'opiacés (essentiellement d'héroïne), les caractéristiques générales des décès déclarés servent ici à décrire et à analyser les décès liés à la consommation d'héroïne.

Voir le graphique DRD-1 du bulletin statistique 2011.

⁽¹³¹⁾ Voir les graphiques DRD-2 et DRD-3 et le tableau DRD-1 (partie i) du bulletin statistique 2011.

⁽¹³²⁾ Voir l'encadré «Méthadone et mortalité».

Méthadone et mortalité

Avec une population d'usagers d'opiacés en traitement de substitution estimée à 700 000 personnes, des médicaments comme la méthadone se sont récemment trouvés sous les feux des projecteurs dans le cadre des décès dus à la drogue. La méthadone est souvent mentionnée dans les rapports toxicologiques des décès liés à la drogue et est parfois identifiée comme la cause du décès. Malgré cela, les preuves actuellement disponibles confirment les effets positifs d'un traitement de substitution aux opiacés régulé et surveillé, associé à un soutien psychologique, afin de maintenir les patients en traitement et de réduire la consommation illicite d'opiacés et la mortalité.

Des études d'observation révèlent que le taux de mortalité des usagers d'opiacés traités à la méthadone représente environ un tiers du taux des usagers non traités. La durée du traitement est un facteur important et des études récentes ont montré qu'un traitement de substitution aux opiacés offre une probabilité de plus de 95 % de réduire la mortalité globale chez les usagers d'opiacés, s'ils suivent un traitement pendant douze mois ou plus (Cornish e.a., 2010). La prolongation de la survie augmente en fonction de l'exposition cumulée au traitement (Kimber e.a., 2010). Par ailleurs, la méthadone semble réduire environ de moitié le risque d'infection au VIH par rapport au sevrage ou à l'absence de traitement (Mattick e.a., 2009). S'agissant des décès liés à la méthadone dans une population, une étude récente réalisée en Écosse et en Angleterre a conclu que l'introduction d'un dosage de méthadone surveillé a été suivie d'une baisse substantielle du nombre des décès liés à la méthadone. Entre 1993 et 2008, la réduction des décès dus à une surdose liée à la méthadone a été multipliée au moins par un facteur 4 par quantité de méthadone prescrite, alors que le traitement prenait de l'essor (Strang e.a., 2010).

à la buprénorphine sont rares et ne sont cités que par une poignée de pays, en dépit de son utilisation croissante dans les traitements de substitution en Europe. En Finlande, la buprénorphine est toutefois l'opiacé le plus couramment décelé dans les autopsies médico-légales, mais généralement en combinaison avec d'autres substances. Un récent rapport finlandais portant sur les drogues trouvées dans des cas d'empoisonnement accidentel l'a confirmé et a indiqué la présence de benzodiazépines dans presque tous les cas (38 sur 40) où la buprénorphine avait été identifiée comme cause première du décès. L'alcool est également un facteur significatif, qui a contribué au décès dans 22 cas sur 40 (Salasuo e.a., 2009). En Estonie, la majorité des décès dus à la drogue déclarés en 2009 étaient, comme dans les années précédentes, dus à la présence de 3-méthylfentanyl.

Décès liés à d'autres substances

Les décès causés par un empoisonnement aigu à la cocaïne semblent relativement rares (OEDT, 2010a). Mais, étant donné que les surdoses par cocaïne sont plus difficiles à déceler et à identifier que celles causées par des opiacés, il se pourrait qu'elles soient sous-signalées (voir le chapitre 5).

En 2009, près de 900 décès liés à la cocaïne ont été signalés dans vingt et un pays. Du fait de la non-comparabilité des données disponibles, il est difficile de dégager une tendance pour l'Europe. Les données les plus récentes pour l'Espagne et le Royaume-Uni, les deux pays où la prévalence de la cocaïne est la plus élevée, font état d'une baisse des décès liés à la drogue, de 25,1 % des cas déclarés liés à la cocaïne (et non aux opiacés) en 2007 à 19,3 % en 2008 en Espagne et de 12,7 % en 2008 à 9,6 % en 2009 au Royaume-Uni. Il est très rare que la cocaïne soit la seule substance identifiée comme ayant contribué à un décès dû à la drogue.

Une analyse internationale récente de la mortalité chez les cocaïnomanes a conclu que les données sur l'importance de la mortalité élevée parmi les usagers de cocaïne à problèmes ou dépendants sont limitées (Degenhardt e.a., 2011). Cette analyse contenait des résultats de trois études européennes de suivi: une étude française suivant des personnes arrêtées pour des infractions en rapport avec la cocaïne; une étude néerlandaise concernant les usagers de cocaïne par injection recrutés par l'intermédiaire de services de bas seuil; une étude italienne sur des usagers dépendants à la cocaïne qui reçoivent un traitement. Les taux bruts de mortalité mentionnés dans ces études étaient compris entre 0,54 et 4,6 décès par 100 personnes et par an. Une récente étude de cohortes danoise relative à des personnes traitées pour consommation de cocaïne a mis en évidence un risque de mortalité excessive de 6,4 par rapport à des pairs du même âge et du même sexe issus de la population générale (Arendt e.a., 2011).

Les décès pour lesquels la présence d'ecstasy (MDMA) a été détectée sont rarement recensés et, dans de nombreux cas, la drogue n'est pas identifiée comme la cause directe de la mort⁽¹³³⁾. En 2009, des décès pouvant être liés à des cathinones ont été signalés en Angleterre (méphédron) et en Finlande (MDPV) (voir le chapitre 8).

Tendances des décès dus à la drogue

Le nombre de décès dus à la drogue a considérablement augmenté en Europe dans les années 1980 et au début des années 1990, parallèlement à l'évolution de la consommation d'héroïne et de drogues injectables. Par

⁽¹³³⁾ Pour les données sur les décès liés à d'autres drogues que l'héroïne, voir le tableau DRD-108 du bulletin statistique 2011.

la suite, les chiffres sont restés élevés ⁽¹³⁴⁾. Entre 2000 et 2003, la plupart des États membres de l'UE rapportent une diminution, suivie d'une nouvelle hausse des décès de 2003 à 2008. Les données préliminaires disponibles pour 2009 suggèrent un chiffre global équivalent, voire légèrement inférieur, à celui de l'année précédente. Lorsqu'une comparaison est possible, les nombres de décès déclarés ont baissé dans quelques-uns des pays les plus grands, comme l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni.

Il est difficile d'expliquer les raisons pour lesquelles le nombre de décès dus à la drogue demeure élevé ou augmente, en particulier au regard des indications de baisse de la consommation de drogue par voie intraveineuse et de la hausse du nombre de consommateurs d'opiacés en contact avec des services de traitement et de réduction des risques. Plusieurs explications pourraient être avancées, comme des niveaux plus élevés de polytoxicomanie (OEDT, 2009b) ou de comportements à risques, une augmentation du nombre de consommateurs d'opiacés qui rechutent à la sortie de prison ou à l'issue d'un traitement et une cohorte vieillissante d'usagers de drogue plus vulnérables.

Mortalité globale liée à la consommation de drogue

Outre les décès dus à la drogue, la mortalité globale liée à la drogue englobe les décès causés indirectement par la consommation de drogue, tels que ceux liés à la transmission de maladies infectieuses, aux problèmes cardiovasculaires et aux accidents. Il est difficile d'évaluer le nombre de décès indirectement liés à la drogue, mais leur impact sur la santé publique peut se révéler considérable. Ces décès touchent surtout des usagers de drogue à problèmes, bien que certains puissent survenir chez des consommateurs occasionnels (par exemple les accidents de la circulation).

L'estimation de la mortalité globale liée à la drogue peut se calculer de différentes manières. L'une des méthodes consiste à combiner les informations des études de mortalité de cohorte avec les estimations de la prévalence de la consommation de drogue. Une autre approche consiste à utiliser les statistiques générales existantes sur la mortalité et à estimer la proportion de décès liés à la consommation de drogue.

Études de mortalité de cohorte

Les études de mortalité de cohorte suivent les mêmes groupes d'usagers de drogue à problèmes dans le temps et, en établissant des liens avec les registres de mortalité, elles tentent d'identifier les causes des décès survenant

dans le groupe. Ce type d'étude permet de déterminer les taux de mortalité globale et ceux de mortalité liée à une cause spécifique pour la cohorte et d'estimer la mortalité en excès du groupe par rapport à la population générale ⁽¹³⁵⁾.

En fonction des lieux de recrutement (par exemple les centres de traitement de la toxicomanie) et des critères d'inclusion (par exemple les usagers de drogue par voie intraveineuse, les héroïnomanes), la plupart des études de cohorte présentent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an parmi les usagers de drogue à problèmes. Ces taux de mortalité sont environ 10 à 20 fois supérieurs à ceux de la même tranche d'âge de la population générale. L'importance relative des différentes causes de décès varie d'un pays à l'autre et dans le temps. Les surdoses constituent généralement la principale cause de décès des usagers de drogue à problèmes, puisqu'elles sont à l'origine de 50 à 60 % des décès chez les usagers par voie intraveineuse dans les pays enregistrant une faible prévalence du VIH/sida. Outre le VIH/sida et d'autres maladies, les causes de décès fréquemment déclarées sont le suicide, les accidents et l'abus d'alcool.

Décès indirectement liés à la consommation de drogue

En combinant les données existantes d'Eurostat et de la surveillance du VIH/sida, l'OEDT a estimé que quelque 2 100 personnes sont décédées d'une contamination par le VIH/sida imputable à la consommation de drogue dans l'Union européenne en 2007 ⁽¹³⁶⁾; 90 % de ces décès sont survenus en Espagne, en France, en Italie et au Portugal.

Les autres maladies à l'origine d'un certain nombre de décès chez les toxicomanes incluent des affections chroniques telles que les troubles hépatiques, essentiellement dus au VHC, et souvent aggravés par une forte consommation d'alcool et une coïnfection au VIH. Les décès provoqués par d'autres maladies infectieuses sont plus rares. D'autres causes de décès chez les toxicomanes, telles que le suicide, les traumatismes et les homicides, ont fait l'objet d'une attention nettement plus réduite, en dépit de leur impact considérable sur la mortalité.

Réduction des décès liés à la drogue

Quinze pays indiquent que leur stratégie antidrogue nationale comprend un volet consacré à la réduction du nombre de décès liés à la drogue, que des politiques de ce type existent sur le plan régional ou qu'ils disposent d'un plan d'action spécifique pour la prévention des décès liés à la drogue. Dans plusieurs autres pays (Estonie, France,

⁽¹³⁴⁾ Voir les graphiques DRD-8 et DRD-11 du bulletin statistique 2011.

⁽¹³⁵⁾ Pour des informations sur les études de mortalité de cohorte, voir les indicateurs clés sur le site de l'OEDT.

⁽¹³⁶⁾ Voir le tableau DRD-5 (partie iii) du bulletin statistique 2011.

Autriche), une hausse récente des décès liés à la drogue (notamment dans des tranches d'âge plus jeunes et chez les consommateurs socialement intégrés) a souligné la nécessité d'apporter des réponses plus adaptées.

Un traitement peut réduire de manière significative le risque de mortalité chez les toxicomanes, bien que les risques liés à la tolérance à la drogue se posent lors de l'entrée ou de la sortie du traitement. Des études révèlent que le risque d'un décès dû à la drogue en cas de rechute après un traitement ou dans les semaines suivant la sortie de prison est extrêmement élevé.

Du fait de son profil de sécurité pharmacologique, la buprénorphine est recommandée pour le traitement d'entretien aux opiacés dans certains pays ⁽¹³⁷⁾ et une combinaison de buprénorphine et de naloxone a obtenu une autorisation de mise sur le marché dans au moins la moitié des pays ⁽¹³⁸⁾.

Bien que certains pays européens aient enregistré des progrès dans le comblement de l'écart de traitement entre la communauté et la prison ⁽¹³⁹⁾, l'interruption du traitement de la dépendance, qu'elle soit due à une arrestation, à une incarcération ou à une libération, a été identifiée comme un risque accru de surdose (Dolan e.a., 2005). Cela a conduit à la publication de recommandations de l'OMS-Europe (2010c) sur la prévention des surdoses en milieu carcéral et sur une meilleure continuité des soins après la sortie.

Outre l'amélioration de l'accès au traitement de la toxicomanie, d'autres interventions visant à réduire les risques de surdose chez les toxicomanes ont été étudiées. Celles-ci abordent des facteurs personnels, situationnels et liés à la consommation de drogue. Du matériel d'information sur le risque de surdose, souvent produit en plusieurs langues pour atteindre les toxicomanes immigrés, est distribué dans la plupart des pays par des agences et des sites internet spécialisés dans la toxicomanie et, plus récemment, par des messages téléphoniques et des courriels. Des conseils et une formation à une consommation plus sûre destinés aux usagers de drogue et dispensés par des travailleurs des services aux toxicomanes ou par des pairs existent dans vingt-sept pays, mais ces interventions sont souvent sporadiques et limitées ⁽¹⁴⁰⁾.

Un petit nombre de pays mentionnent également d'autres mesures, comme le suivi des personnes hospitalisées en urgence pour des raisons liées à la drogue (Belgique, Danemark, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche), des

«Question particulière»: La mortalité liée à la consommation de drogue — Une approche exhaustive et les répercussions sur la santé publique

Une «Question particulière» de l'OEDT publiée cette année présente les conclusions de récentes études longitudinales sur la mortalité liée à la drogue chez les usagers de drogue à problèmes en Europe. Elle examine la mortalité globale et les causes spécifiques des décès et décrit les risques et les facteurs de protection identifiés par la recherche. Les répercussions sur la santé publique sont également étudiées.

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

systèmes «d'alerte précoce» afin de prévenir les usagers de l'apparition de substances dangereuses (Belgique, République tchèque, France, Hongrie, Portugal, Croatie) et de meilleurs contrôles afin de prévenir les ordonnances multiples (Luxembourg, Royaume-Uni). Des salles de consommation de drogue sous surveillance, comme celles qui existent en Allemagne, en Espagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Norvège, permettent une intervention immédiate par des professionnels dès les premiers signes de surdose et réduisent les séquelles des surdoses non mortelles. L'effet des salles de consommation de drogue sous surveillance sur les décès dus à la drogue dans la communauté est notamment démontré par une récente étude menée à Vancouver, qui a conclu à une réduction de 35 % du nombre de décès par surdose dans la communauté concernée après l'ouverture d'une salle d'injection sous surveillance (Marshall, B., e.a., 2011). Cette conclusion va dans le même sens que des études antérieures examinées dans une monographie sur la réduction des risques (OEDT, 2010b).

Une formation aux surdoses associée à une prise à domicile de naloxone — qui inverse les effets des opiacés et est largement utilisée dans les hôpitaux et la médecine d'urgence — est une approche qui pourrait éviter des décès par surdose d'opiacés. Certains pays européens mentionnent l'existence de programmes communautaires, dans le cadre desquels de la naloxone est prescrite aux usagers de drogue exposés à des risques de surdose aux opiacés. La prescription de naloxone est accompagnée d'une formation obligatoire à la reconnaissance des symptômes de surdose, comportant l'enseignement de techniques de secours de base

⁽¹³⁷⁾ Voir les lignes directrices relatives au traitement sur le portail des meilleures pratiques.

⁽¹³⁸⁾ Voir le tableau HSR-1 du bulletin statistique 2011.

⁽¹³⁹⁾ Voir le chapitre 2 et le tableau HSR-9 du bulletin statistique 2011.

⁽¹⁴⁰⁾ Voir le tableau HSR-8 du bulletin statistique 2011.

(par exemple bouche-à-bouche, position de sécurité) et de la manière d'administrer de la naloxone. Cette intervention vise les toxicomanes et leurs familles ainsi que les personnes qui pourraient se trouver près d'un usager de drogue pendant une surdose et a pour but de leur permettre de réagir efficacement en attendant l'arrivée des secours.

La naloxone est distribuée aux toxicomanes en Italie (où 40 % des services d'aide aux toxicomanes fournissent la substance), en Allemagne et au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles). De nouvelles initiatives

sont mentionnées par la Bulgarie, le Danemark et le Portugal. En Écosse, la fourniture de «naloxone pour prise à domicile» à toutes les personnes à risque sortant de prison a été introduite en 2010 à l'échelle nationale et le gouvernement soutient un programme national de fourniture de naloxone pour une prise à domicile aux personnes qui risquent une surdose d'opiacés et à celles qui pourraient être en contact avec elles. L'efficacité de la naloxone dans la réduction des décès par surdose après la sortie de prison est en cours d'évaluation en Angleterre dans le cadre du projet N-Alive, qui conduira un essai contrôlé et randomisé auprès de 5 600 détenus.



Chapitre 8

Nouvelles drogues et tendances émergentes

Introduction

Il est de plus en plus important de fournir des informations objectives et en temps utile sur les nouvelles substances et sur les tendances émergentes compte tenu du caractère extrêmement dynamique et évolutif du phénomène de la drogue en Europe. Le nouveau marché de la drogue se caractérise par la vitesse à laquelle les fournisseurs réagissent à l'imposition des mesures de contrôle en proposant de nouvelles alternatives aux produits soumis à restriction. Diverses sources d'information et des indicateurs de pointe, comme la surveillance de l'internet et l'analyse des eaux usées, peuvent contribuer à mieux appréhender les tendances émergentes en matière de drogue et de toxicomanie en Europe. Ce chapitre décrit les nouvelles substances psychoactives détectées grâce au système d'alerte précoce et assure le suivi de l'évaluation des risques de la méphédronne. Le phénomène des *legal highs* ou «euphorisants légaux» est également étudié, tout comme un certain nombre de réponses nationales à l'ouverture de la vente de nouvelles substances.

Action de l'UE sur les nouvelles drogues

Le système d'alerte précoce de l'Union européenne est conçu comme un mécanisme de réponse rapide à l'émergence de nouvelles substances psychoactives sur la scène des stupéfiants. Ce système fait actuellement l'objet d'une analyse dans le cadre de l'évaluation par la Commission européenne de l'application de la décision 2005/387/JAI du Conseil ⁽¹⁴¹⁾.

Nouvelles substances psychoactives

Entre 1997 et 2010, plus de 150 nouvelles substances psychoactives ont été formellement notifiées par le biais du système d'alerte précoce et sont désormais surveillées. Au cours de cette période, la vitesse à laquelle de nouvelles substances apparaissent sur le marché s'est accélérée, de 24 en 2009 à 41 en 2010 ⁽¹⁴²⁾. Un grand nombre d'entre elles ont été découvertes en testant des

produits vendus sur l'internet et dans des magasins spécialisés comme les *smart shops* (magasins spécialisés dans les accessoires pour consommateurs de cannabis) ou les *head shops* (magasins spécialisés dans la vente de produits psychotropes légaux d'origine végétale).

La plupart des 41 nouvelles substances psychoactives identifiées en 2010 sont des cathinones de synthèse ou des cannabinoïdes de synthèse. Avec 15 nouveaux dérivés découverts en 2010, les cathinones de synthèse sont aujourd'hui, après les phénéthylamines, la deuxième famille la plus importante que surveille le système d'alerte précoce. La liste des substances nouvellement notifiées contient également un groupe varié de produits chimiques comprenant un dérivé de synthèse de la cocaïne, un précurseur naturel et diverses substances psychoactives de synthèse. Des dérivés de la phencyclidine (PCP) et de la kétamine, deux médicaments bien établis et utilisés aujourd'hui et dans le passé dans la médecine humaine ou vétérinaire, ont été déclarés pour la première fois en 2010.

L'émergence de nouvelles drogues basées sur des médicaments présentant un risque connu d'abus illustre bien le fait que les innovations du marché illicite requièrent une réponse coordonnée des agences de réglementation des médicaments et de contrôle des drogues. Cette question constitue davantage une menace potentielle qu'un problème immédiat, mais compte tenu de la rapidité à laquelle de nouveaux développements interviennent dans ce domaine, il peut être important d'anticiper les défis futurs.

Évaluation des risques

En 2010, la méphédronne (4-méthylméthcathinone) est devenue le premier dérivé de la cathinone à faire l'objet d'une évaluation formelle des risques. C'est également la première substance dont les risques ont été évalués conformément aux nouvelles lignes directrices opérationnelles ⁽¹⁴³⁾. L'évaluation des risques se heurte à différents défis liés à la disponibilité limitée des données et également à la différence entre la méphédronne et

⁽¹⁴¹⁾ Décision 2005/387/JAI du Conseil relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives, JO L 127 du 20.5.2005.

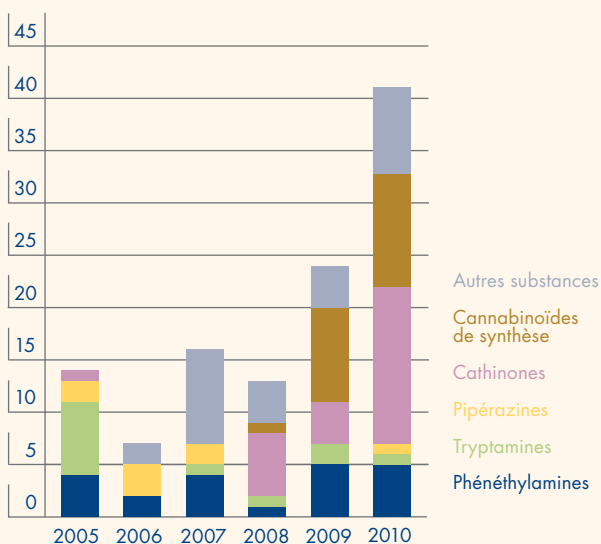
⁽¹⁴²⁾ Voir l'encadré «Principaux groupes de nouvelles substances psychoactives surveillées par le système d'alerte précoce».

⁽¹⁴³⁾ Voir l'encadré «Lignes directrices relatives à l'évaluation des risques».

Principaux groupes de nouvelles substances psychoactives surveillées par le système d'alerte précoce

Historiquement, les nouvelles substances psychoactives apparaissant sur le marché européen de la drogue faisaient partie d'un petit nombre de familles chimiques, les phénéthylamines et les tryptamines représentant la majorité des notifications au système d'alerte précoce. Ces cinq dernières années, cependant, un nombre croissant de nouvelles substances provenant d'un éventail plus large de familles chimiques a été notifié (voir le graphique).

Les phénéthylamines englobent un large éventail de substances susceptibles d'avoir des effets stimulants,



NB: Nombre de nouvelles substances psychoactives notifiées au système européen d'alerte précoce en vertu de la décision 2005/387/JAI.

entactogènes ou hallucinogènes. On peut citer comme exemples les substances de synthèse telles que l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA (3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine) et la mescaline, qui est une substance naturelle.

Les tryptamines comprennent un certain nombre de substances dont les effets sont essentiellement hallucinogènes. Les principaux représentants de ce groupe sont les composés d'origine naturelle comme la diméthyltryptamine (DMT), la psilocine et la psilocybine (qu'on trouve dans les champignons hallucinogènes) ainsi que le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD) semi-synthétique.

Les pipérazines sont représentées par le mCPP (1-(3-chlorophényl)pipérazine) et la BZP (1-benzylpipérazine), deux stimulants du système nerveux central.

Les cathinones ont des effets stimulants. Les principaux dérivés de la cathinone sont la méthcathinone semi-synthétique et les composés de synthèse comme la méphédronne, la méthylone et le MDPV (3,4-méthylènedioxyprovalérone).

Les cannabinoïdes de synthèse sont similaires d'un point de vue fonctionnel au delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), le principe actif du cannabis. Comme le THC, ils peuvent avoir des effets hallucinogènes, sédatifs et déprimants. Ils ont été décelés dans des mélanges d'herbe à fumer comme le «Spice» (OEDT, 2009d).

Parmi les autres substances notifiées au système d'alerte précoce, on trouve diverses substances psychoactives dérivées de plantes et de synthèse (comme les indanes, les benzodifuranyls, les analgésiques narcotiques, les dérivés synthétiques de la cocaïne, les dérivés de la kétamine et de la phencyclidine), qui n'appartiennent pas, stricto sensu, à l'une des familles susvisées. Est également inclus ici un petit nombre de médicaments et de dérivés.

Pour de plus amples informations sur une sélection de nouvelles substances psychoactives, voir les fiches drogues (*Drug profiles*).

d'autres composés évalués précédemment. Néanmoins, pour la première fois, les données de dépistage toxicologique d'une étude exploratoire, obtenues auprès d'un groupe de consommateurs de méphédronne, ont été utilisées et ont permis de disposer d'une base mieux étayée que les évaluations de risques précédentes.

Prenant appui sur les conclusions du rapport sur l'évaluation des risques (OEDT, 2010e), en décembre 2010, le Conseil européen a décidé de soumettre la méphédronne à des mesures de contrôle et à des sanctions pénales en Europe ⁽¹⁴⁴⁾. À l'époque, dix-huit pays européens avaient déjà mis en place des mesures de contrôle de la méphédronne ⁽¹⁴⁵⁾. Les États membres

restants disposent d'un an pour prendre les mesures qui s'imposent.

Suivi de la méphédronne

Un nombre réduit de sources permet d'assurer un certain suivi de la consommation et de la disponibilité de la méphédronne en Europe. Il s'agit principalement d'enquêtes sur l'internet auprès de *clubbers* et d'études des ventes en ligne. Les enquêtes en ligne réalisées auprès des lecteurs d'un magazine britannique de *clubbers* ont estimé à près de 40 % la consommation de méphédronne au cours de la vie en 2010 (2 295 répondants, Dick et Torrance, 2010)

⁽¹⁴⁴⁾ Décision 2010/759/UE du Conseil de soumettre la 4-méthylméthcathinone (méphédronne) à des mesures de contrôle, JO L 322 du 8.12.2010, p. 44.

⁽¹⁴⁵⁾ Belgique, Danemark, Allemagne, Estonie, Irlande, France, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Autriche, Pologne, Roumanie, Suède, Royaume-Uni, Croatie, Norvège.

Lignes directrices relatives à l'évaluation des risques

Les lignes directrices opérationnelles actuelles pour l'évaluation des risques des nouvelles substances psychoactives, qui ont été adoptées en 2008, ont été appliquées pour la première fois en 2010 à la méphédronne (OEDT, 2010c). Elles servent de cadre conceptuel pour procéder à une évaluation fondée sur des preuves, scientifiquement solide et en temps utile lorsque les sources d'information sont limitées. Les principaux aspects étudiés sont les risques sociaux et pour la santé, la fabrication et le trafic, la participation de la criminalité organisée et les conséquences éventuelles des mesures de contrôle.

Les lignes directrices examinent tous les facteurs qui, selon les conventions des Nations unies de 1961 et

1971, justifieraient de placer une substance sous contrôle international. Elles introduisent aussi un nouveau système de notation semi-quantitatif basé sur le jugement des experts. Les lignes directrices tiennent compte d'une double définition du risque, à savoir la probabilité qu'un dommage quelconque survienne (généralement défini comme un «risque») et le degré de gravité dudit dommage (généralement défini comme un «danger»). En outre, elles se penchent sur la prévalence de la consommation, les avantages potentiels et les risques de la substance indépendamment de son statut juridique dans les États membres et en la comparant à des substances plus connues.

En 2010, l'Organisation mondiale de la santé a révisé ses directives pour l'examen des substances psychoactives aux fins d'un contrôle international (OMS, 2010b).

et à 61 % en 2011 (2 560 répondants, Winstock, 2011), mais la consommation au cours du dernier mois est passée de 33 à 25 % au cours de la même période. Ces enquêtes ne sauraient être considérées comme représentatives de la population plus large des *clubbers*.

La disponibilité en ligne de la méphédronne a été évaluée par l'intermédiaire de six études en ligne de l'OEDT [*snapshots* (instantanés)] réalisées entre décembre 2009 et février 2011. Au cours du premier semestre de 2010, la méphédronne était largement et légalement disponible auprès de fournisseurs en ligne, où elle était vendue au détail et en gros. Les instantanés de l'OEDT sur les magasins vendant de la drogue en ligne ont été réalisés en anglais et constatent un pic de la disponibilité de la méphédronne en ligne en mars 2010, avec 77 revendeurs. Depuis, le nombre total de magasins en ligne vendant de la méphédronne a chuté, étant donné qu'à partir d'avril 2010, les pays européens ont commencé à mettre en place des mesures de contrôle de cette substance. Bien que la méphédronne soit contrôlée dans la majorité des États membres depuis le début de 2011, un instantané multilingue de l'OEDT a révélé que la drogue restait disponible en ligne à cette époque, 23 sites ayant été identifiés comme proposant de la méphédronne à des acheteurs dans l'Union européenne. Sur les 77 magasins en ligne initiaux identifiés en mars 2010, seuls 15 étaient toujours actifs un an plus tard et 2 de ceux-ci seulement vendaient toujours de la méphédronne. Les 13 magasins restants continuaient à vendre d'autres produits, souvent présentés comme des «produits chimiques de recherche» et commercialisés comme des «substituts légaux de la méphédronne»⁽¹⁴⁶⁾. L'instantané 2011 de l'OEDT a également constaté une baisse considérable du nombre

de magasins en ligne proposant de la méphédronne depuis 2010, qui semblent être établis au Royaume-Uni. En 2011, les États-Unis comptaient le plus grand nombre de magasins en ligne vendant de la méphédronne (6), suivis par la République tchèque et le Royaume-Uni (3 chacun). Au cours de la même période, le prix de la méphédronne a augmenté, passant de 10 à 12 euros le gramme en 2010 à 20 à 25 euros le gramme en 2011.

Les intoxications et les décès liés à la méphédronne ont continué à faire l'objet d'une surveillance étroite par le système d'alerte précoce. Des effets néfastes non mortels de la consommation de méphédronne ont été signalés en Irlande et au Royaume-Uni. En 2010, l'Angleterre a rapporté 65 décès suspectés d'être liés à la méphédronne, pour lesquels les tests ont révélé la présence de la substance dans 46 cas. Néanmoins, l'identification d'une substance dans un échantillon toxicologique ne signifie pas nécessairement qu'elle a causé ou contribué à la mort et les notifications de décès liés à la méphédronne doivent être interprétées avec prudence.

Suivi d'autres substances

Il n'existe pas de suivi routinier des substances ayant fait l'objet d'une évaluation des risques en Europe, y compris celles qui sont contrôlées par la suite. Les informations disponibles sur ces substances proviennent essentiellement des saisies de drogue et des signalements d'effets néfastes pour la santé des substances contrôlées notifiées au système d'alerte précoce. Plusieurs États membres indiquent que les pipérazines BZP et mCPP étaient toujours disponibles en 2009 et 2010. La mCPP est souvent trouvée dans des comprimés vendus comme

⁽¹⁴⁶⁾ Ces produits couvrant la MDAI (5,6-méthylènedioxy-2-aminoindane), la 5-IAI (5-iodo-2-aminoindane), la MDAT (6,7-méthylènedioxy-2-aminotétralin), le 5-APB (5-(2-aminopropyl)benzofuran), vendu sous le nom de «Benzo fury», le 6-APB (6-(2-aminopropyl)benzofuran), la naphyrone (naphthylpyrovalérone, vendue sous l'appellation «NRG-1»), la 4-MEC (4-méthylméthcathinone, vendue sous l'appellation «NRG-2») et la méthoxétamine (2-(3-méthoxyphényl)-2-(éthylamino)cyclohexanone).

étant de l'ecstasy, identifiés dans le cadre de programmes de test de comprimés, aux Pays-Bas par exemple. En 2010 également, la Finlande a notifié la présence de MDPV ⁽¹⁴⁷⁾ dans 13 échantillons toxicologiques prélevés post mortem, tandis que la réapparition de deux phénéthylamines (PMA et PMMA) ⁽¹⁴⁸⁾ a été signalée par trois pays. Aux Pays-Bas, d'après les analyses réalisées, des poudres vendues pour de l'amphétamine contenaient jusqu'à 10 % de PMA et des comprimés vendus pour de l'ecstasy avaient une teneur élevée en PMMA. En Norvège, une quantité considérable de PMMA a été saisie et, en Autriche, un mélange vendu comme étant de l'amphétamine contenait 50 % de PMMA. Tous les pays ont fait état de problèmes de santé et de décès liés à la PMA et à la PMMA, deux substances connues pour être extrêmement toxiques et responsables de surdoses mortelles dans le passé.

«Euphorisants légaux»

Depuis les années 1980, les nouvelles substances psychoactives ont été baptisées «drogues de conception», mais ces dernières années, l'expression «*legal highs*» ou «euphorisants légaux» s'est popularisée. Les «euphorisants légaux» englobent un large éventail de composés psychoactifs non réglementés ou de produits en contenant, qui sont commercialisés comme des alternatives à des substances contrôlées bien connues et sont généralement vendus en ligne ou dans des *smart shops* ou des *head shops*. Cette expression couvre également diverses substances et produits de synthèse et dérivés de plantes, y compris les «euphorisants végétaux», les «*party pills*» et des «produits chimiques de recherche», dont un grand nombre a été mis au point précisément pour contourner les contrôles existants. Bien que d'usage courant, l'expression elle-même soulève un problème ⁽¹⁴⁹⁾.

Prévalence et disponibilité en ligne

En Europe, quelques études ont porté sur la prévalence des «euphorisants légaux», en tant que terme générique ou désignation de substances individuelles. Une étude polonaise de 2008, menée auprès de 1 400 élèves âgés de 18 ans, a conclu que 3,5 % d'entre eux avaient consommé des «euphorisants légaux» au moins une fois dans leur vie, tandis que, selon une étude de suivi portant sur 1 260 élèves en 2010, ce pourcentage avait atteint 11,4. Parmi les élèves, 2,6 % avaient déclaré

Des euphorisants pas si légaux

L'expression «euphorisants légaux» est un terme générique servant à désigner les substances psychoactives non contrôlées par la législation antidrogue. Qualifier ces substances de «légaux» peut être inexact ou trompeur pour les clients, étant donné qu'un grand nombre d'entre elles peuvent être soumises à la réglementation sur la sécurité des médicaments ou des aliments.

En vertu de la directive européenne sur la sécurité des produits, les producteurs sont tenus de ne mettre sur le marché que des produits sûrs. Dans des conditions d'utilisation raisonnablement prévisibles, un produit ne devrait présenter «aucun risque ou seulement des risques réduits à un niveau bas compatibles avec l'utilisation du produit et considérés comme acceptables dans le respect d'un niveau de protection élevé pour la santé et la sécurité des personnes», compte tenu des caractéristiques du produit, de son étiquetage, des avertissements et des instructions concernant son utilisation. C'est peut-être en réponse à ces obligations que les magasins en ligne affichent de plus en plus des avertissements concernant les effets sur la santé de leurs produits. Conformément à la directive, les distributeurs doivent également informer les autorités compétentes des risques graves et des actions engagées pour les prévenir.

En Europe, la vente d'une nouvelle drogue n'est pas plus «légale» que la vente de tout autre produit non testé et mal étiqueté. Entre autres exemples de mesures prises contre la vente d'«euphorisants légaux» au titre de la législation sur la protection des consommateurs, on peut citer la saisie de «Spice» et de méphédronne chez des fournisseurs établis en Italie et au Royaume-Uni au motif que l'étiquetage n'était pas approprié. En 2010 en Pologne, 1 200 *head shops* ont été fermés par l'inspection de la santé.

avoir consommé des «euphorisants légaux» au cours des douze derniers mois en 2008, un chiffre passé à 7,2 % en 2010. La consommation au cours du dernier mois a, en revanche, baissé de 1,5 % en 2008 à 1,1 % en 2010. D'autres études sur la prévalence des «euphorisants légaux» sont attendues en République tchèque, en Irlande et en Espagne en 2011.

L'OEDT surveille la disponibilité en ligne des «euphorisants légaux» par le biais d'instantanés réguliers et ciblés de l'internet, le plus récent ayant utilisé 18 des 23 langues officielles de l'UE ⁽¹⁵⁰⁾ servant de langue maternelle à 97 % de la population de l'UE, ainsi que le russe et l'ukrainien. Outre la recherche de l'expression «euphorisants légaux», les substances

⁽¹⁴⁷⁾ La 3,4-méthylènedioxypropylamine, un dérivé de la propylamine, est contrôlée dans le cadre du tableau IV de la convention des Nations unies de 1971.

⁽¹⁴⁸⁾ La PMA (para-méthoxyamphétamine) est inscrite au tableau I de la convention des Nations unies de 1971 depuis 1986 et la PMMA (para-méthoxyméthylamphétamine) est contrôlée au niveau de l'UE depuis 2002 (OEDT, 2003).

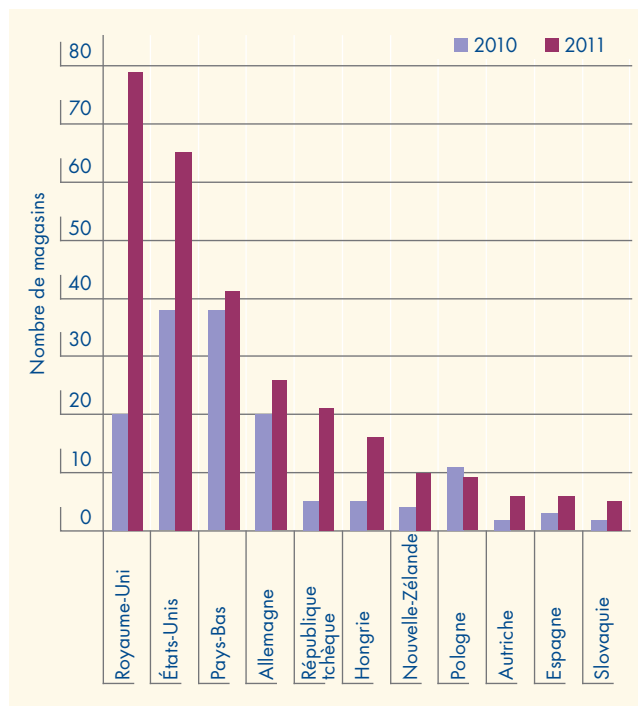
⁽¹⁴⁹⁾ Voir l'encadré «Des euphorisants pas si légaux».

⁽¹⁵⁰⁾ Bulgare, tchèque, danois, allemand, grec, anglais, espagnol, français, italien, letton, hongrois, maltais, néerlandais, polonais, portugais, roumain, slovaque et suédois.

couvertes par ces études incluent les «euphorisants végétaux» («Spice», kratom et salvia), le GBL et les champignons hallucinogènes. L'instantané de l'internet en 2011 a recensé 314 magasins en ligne vendant des «euphorisants légaux», qui expédient ces produits vers au moins un État membre de l'UE. Il est difficile de déterminer le pays d'origine des magasins en ligne, mais sur la base de caractéristiques telles que les coordonnées de contact, le domaine national, la devise et les informations relatives à l'expédition, le Royaume-Uni semblait être le pays d'origine le plus courant (voir le graphique 20). L'anglais est la langue d'interface la plus courante et est utilisé par 83 % des magasins en ligne étudiés en 2011. Le kratom et la salvia étaient les deux «euphorisants légaux» les plus fréquemment proposés et étaient disponibles, respectivement, dans 92 et 72 magasins en ligne.

La disponibilité de produits analogues au «Spice» sur l'internet a poursuivi sa courbe descendante en 2011, avec 12 détaillants en ligne étudiés qui proposent ces substances, contre 21 magasins en 2010 et 55 en 2009.

Graphique 20: Pays d'origine apparent des magasins en ligne proposant des «euphorisants légaux» recensés dans les instantanés de l'internet en 2010 et 2011



NB: Seuls les États membres ayant au moins 2 magasins en ligne en 2010 et en 2011 ont été repris dans le graphique. En 2011, une étude menée pour la première fois en roumain a identifié 13 magasins en ligne établis en Roumanie.

En 2011, le prix d'un paquet de 3 grammes d'un produit analogue au «Spice» était compris entre 12 et 18 euros, contre une fourchette de 20 à 30 euros en 2009. Cette chute concomitante de la disponibilité et du prix peut donner à penser que d'autres nouvelles substances leur font concurrence.

Contrôle et répression de la vente libre de nouvelles drogues

La diffusion rapide de nouvelles substances contraint les États membres à repenser et à revoir certaines de leurs réponses types au phénomène de la drogue. En 2010, l'Irlande et la Pologne ont rapidement fait passer une législation visant à limiter la vente libre de substances psychoactives non contrôlées par la législation antidrogue. Ces deux pays ont donc dû élaborer une définition légale prudente de ces substances. La loi irlandaise les définit comme des substances psychoactives, qui ne sont pas spécifiquement contrôlées par la législation en vigueur et ont pour effet potentiel de stimuler ou de déprimer le système nerveux central, entraînant des hallucinations, une dépendance ou des altérations significatives de la fonction motrice, de la réflexion ou du comportement. Les médicaments et les produits alimentaires, les médicaments pour animaux, les boissons alcoolisées et le tabac sont exclus de la définition. De son côté, la loi polonaise fait référence à des «drogues de substitution», définies comme une substance ou une plante utilisée à la place ou aux mêmes fins qu'une substance contrôlée et dont la fabrication ou la mise sur le marché n'est pas réglementée par des dispositions distinctes. Elle ne fait pas spécifiquement référence au fait que la substance doit être considérée comme dangereuse.

La loi irlandaise est appliquée par la police. Des officiers de police de haut rang peuvent adresser un «avis d'interdiction» à un vendeur. Si l'auteur de l'infraction ne s'y conforme pas, les tribunaux peuvent rendre une «ordonnance d'interdiction». La vente, la publicité et le non-respect d'une «ordonnance d'interdiction» sont passibles d'une peine pouvant atteindre cinq ans d'emprisonnement. En Pologne, en revanche, la loi est appliquée par l'inspection de la santé publique. La sanction pour la fabrication de drogues de substitution ou leur mise en circulation est une forte amende, alors que la sanction pour leur publicité peut aller jusqu'à une peine privative de liberté d'un an. Les inspecteurs de santé publique peuvent interdire le commerce d'une «drogue de substitution» pendant une durée maximale de dix-huit mois afin d'en évaluer la sécurité s'il existe un soupçon légitime qu'elle pourrait représenter une menace pour la vie ou la

santé. Si la substance est jugée dangereuse, le distributeur est tenu de prendre en charge les coûts de l'évaluation. Les inspecteurs ont aussi le droit de fermer l'établissement pendant trois mois au maximum. Dans les deux pays, aucune infraction ni sanction ne sont définies pour les usagers de ces substances.

Surveillance policière des substances psychoactives nouvellement contrôlées

Des orientations détaillées sur la surveillance des substances psychoactives nouvellement contrôlées, notamment les cannabinoïdes de synthèse, les pipérazines et les cathinones, ainsi que le GBL et le 1,4-butanediol, ont été communiquées aux forces de police au Royaume-Uni en 2010 (ACPO, 2010). Ces orientations fournissent des informations sur l'aspect, les modes de consommation, les effets et les risques de ces drogues et sur leur traitement manuel. Elles recommandent l'adoption d'une approche nationale cohérente afin de surveiller la détention et la distribution de ces substances. La nécessité de l'identification correcte des substances par la police scientifique et de la collecte de preuves du niveau requis est reconnue. L'accent est mis sur l'importance de disposer d'une approche commune entre la police et les autorités locales en matière de contrôle des *head shops*. Les visites de la police dans les *head shops* sont encouragées afin de recueillir des informations, d'informer les propriétaires et de leur donner la possibilité de remettre les substances contrôlées aux forces de l'ordre. À cet effet, il est proposé de rédiger une lettre type invitant instamment le propriétaire du magasin à examiner les mesures existantes et à vérifier qu'elles sont conformes à la législation.

Analyse des eaux usées

L'analyse des eaux usées, aussi appelée épidémiologie des eaux d'égout, est une discipline scientifique en pleine expansion, qui pourrait contribuer à surveiller les tendances des niveaux de population en matière de consommation de substances illicites.

Les progrès de la chimie analytique ont permis d'identifier l'excrétion urinaire de substances illicites et leurs principaux métabolites dans les eaux usées à de très faibles concentrations. Cela équivaut à prélever un échantillon d'urine très diluée auprès d'une communauté entière (plutôt que sur un usager individuel). Sur la base de certaines hypothèses, il est possible d'estimer la quantité de drogue consommée dans une communauté à partir de la quantité du métabolite trouvé dans les eaux usées.

Si les recherches antérieures étaient centrées sur l'identification de la cocaïne et de ses métabolites dans les eaux usées, des études récentes ont abouti à des estimations des niveaux de cannabis, d'amphétamine, de méthamphétamine, d'héroïne et de méthadone. L'identification de drogues moins couramment utilisées, comme la kétamine et les nouvelles substances psychoactives, semble prometteuse.

Ce domaine d'action se développe de manière pluridisciplinaire, en faisant appel à diverses disciplines, telles que la chimie analytique, la physiologie, la biochimie, l'ingénierie des égouts et l'épidémiologie de la drogue. En 2011, lors d'une réunion d'experts de l'OEDT sur l'analyse des eaux d'égout, au moins dix-huit groupes de recherche travaillant dans ce domaine dans treize pays européens ont été identifiés. La priorité du programme de recherche actuel consiste à trouver un consensus sur les méthodes et les instruments d'échantillonnage ainsi que sur l'élaboration d'un code de bonnes pratiques en la matière.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Références ⁽¹⁵¹⁾

- Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P., et Salaspuro, M. (2007), «Buprenorphine misuse in Finland», *Substance Use & Misuse* 42, p. 1027-8.
- Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S., e.a. (2008), «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47(7), p. 931-4.
- ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, Londres.
- AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series n° 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., et Humphris, G. (2011), «Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings», *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, p. 1186-202.
- Allen, D., Coombes, L., et Foxcroft, D.R. (2007), «Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study», *Health Education Research* 22, p. 547-60.
- Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L., e.a. (2009), «Modafinil for the treatment of cocaine dependence», *Drug and Alcohol Dependence* 104(1-2), p. 133-9.
- Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., et Jensen, S.O. (2011), «Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 114, p. 134-9.
- Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S., et Schuster, C.R. (2010), «Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians», *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), p. 96-104.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P., e.a. (2006), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, p. 198-202.
- Barry, D., Sullivan, B., et Petry, N.M. (2009), «Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients», *Psychology of Addictive Behaviors* 23(1), p. 168-74.
- Bell, J. (2010), «The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective», *Addiction* 105, p. 1531-7.
- Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., et Schnitzer, S. (2009), «Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands», *European Addiction Research* 15, p. 78-86.
- Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A., et Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base*, Scottish Government Social Research (disponible en ligne).
- Bird, S.M., et Robertson, J.R. (2011), «Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era», *Addiction Research and Theory* 19, p. 170-8.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H., et McKeganey, N. (2008), «Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study», *BMJ* 337, p. a478.
- Bröring, G., et Schatz, E. (éd.) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, fondation Regenboog AMOC, Amsterdam (disponible en ligne).
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J., e.a. (2009), «Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, p. 171-8.
- Cadums (2010), *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues 2009*, Santé Canada, Direction des substances contrôlées et du tabac (disponible en ligne).
- Caiaffa, W.T., Zocchetto, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L., e.a. (2011), «Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?», *Addiction* 106(1), p. 143-51.

⁽¹⁵¹⁾ Des liens hypertextes menant vers les sources en ligne sont disponibles dans la version PDF du rapport annuel, qui peut être téléchargée sur le site de l'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>).

- Carpenido, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J., et Thompson, D.L. (2010), «Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence», *American Journal of Health Behavior* 34(6), p. 776-87.
- Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A., et Hedrich, D. (2011), «Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges», *The Howard Journal of Criminal Justice* (dans la presse).
- Chabrol, H., Roura, C., et Armitage, J. (2003), «Bongs, a method of using cannabis linked to dependence», *Canadian Journal of Psychiatry* 48, p. 709.
- Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M., et McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (disponible en ligne).
- Commission européenne (2011), «European Economic Forecast: Spring 2011», *European Economy* 1/2011, direction générale des affaires économiques et financières, Commission européenne.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M., e.a. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (disponible en ligne).
- Conseil de l'Union européenne (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (disponible en ligne).
- Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P., et Hickman, M. (2010), «Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database», *BMJ* 341, p. c5475.
- Correlation Project and Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Cour européenne des droits de l'homme, affaire Teixeira de Castro/Portugal, arrêt du 9 juin 1998, Recueil 1998-VI, points 38 et 39.
- CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants) (2006), *Normes du CPT – Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponible en ligne).
- Cunningham, J.A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 211-3.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M., et Linskey, M. (2009), «Illicit drug use», dans *Comparative quantification of health risks – Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*, volume 1, Majid Ezzati e.a. (éd.), Organisation mondiale de la santé, Genève (disponible en ligne).
- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., et Hickman, M. (2010), «Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed», *Lancet* 376, p. 285-301.
- Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G., et Hall, W.D. (2011), «Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies», *Drug and Alcohol Dependence* 113, p. 88-95.
- Dennis, M., et Scott, C.K. (2007), «Managing addiction as a chronic condition», *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), p. 45-55.
- Derzon, J.H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28(5), p. 421-47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C., et Purchase, D. (2009), «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104(9), p. 1441-6.
- Dick, D., et Torrance, C. (2010), «Mixmag Drugs Survey», *Mixmag* 225, p. 44-53.
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J., et Wodak, A.D. (2005), «Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction* 100, p. 820-8.
- ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.
- ECDC et Bureau régional pour l'Europe de l'OMS (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.
- ECDC et OEDT (2011), *Joint ECDC–OEDT guidance on infection prevention and control among injecting drug users*, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.
- Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T., e.a. (2008), «Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence», *Neuropsychopharmacology* 33(5), p. 1162-70.
- Escot, S., et Suderie, G. (2009), «Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?», *Tendances* n° 68, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007*, contribution d'Europol aux consultations d'experts en vue de l'évaluation UNGASS.
- Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, La Haye.
- Fletcher, A., Bonell, C., et Hargreaves, J. (2008), «School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies», *Journal of Adolescent Health* 42(3), p. 209-20.

- Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.-R., Flower, K., Siegrist, J.D., e.a. (2011), «A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction», *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 89(2), p. 276-82.
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.-R., Carballo, J.L., e.a. (2009), «Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial», *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 17(3), p. 131-8.
- Gregoire, T., et Snively, C. (2001), «The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women», *Drug Education* 31(3), p. 221-37.
- Gripenberg, J., Wallin, E., et Andréasson, S. (2007), «Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises», *Substance Use and Misuse* 42(12-13), p. 1883-98.
- GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009*, General Register Office for Scotland (disponible en ligne).
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., et McKendry, R. (2003), «Continuity of care: a multidisciplinary review», *BMJ* 327, p. 1219-21.
- Hall, W., et Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, p. 1383-91.
- Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A., e.a. (2010), «Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Dependence* 109(1-3), p. 20-9.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., e.a. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A., e.a. (2011), «Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs», *Molecular Therapy* 19, p. 612-9.
- Hoare, J., et Moon, D. (éd.) (2010), «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponible en ligne).
- Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F., et Goldberg, D. (2011), «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* (dans la presse).
- Horsley, T., Grimshaw, J., et Campbell, C. (2010), «Maintaining the competence of Europe's workforce», *BMJ* 341, p. c4687.
- Hughes, C.A., et Stevens, A. (2010), «What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?», *The British Journal of Criminology* 50, p. 999-1022.
- Hulse, G.K., Ngo, H.T., et Tait, R.J. (2010), «Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone», *Biological Psychiatry* 68(3), p. 296-302.
- Hunt, N., Albert, E., et Montañés Sánchez, V. (2010), «User involvement and user organising in harm reduction», dans OEDT (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- Hunt, N., et Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, module de formation, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.
- Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L., et Lapeyre-Mestre, M. (2011), «Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), p. 832-43.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., et Schulenberg, J.E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens*, University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (disponible en ligne).
- Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V., et D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report*, Home Office, Londres (disponible en ligne).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M., e.a. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (disponible en ligne).
- Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M., e.a. (2009b), «Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure», *New England Journal of Medicine* 363, p. 2320-31.
- Kalechstein, A.D., De La Garza, R., et Newton, T.F. (2010), «Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment», *American Journal on Addictions* 19(4), p. 340-4.
- Kaskutas, L., Ammon, L., et Weisner, C. (2004), «A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives», *International Journal of Self Help and Social Care* 2, p. 111-33.
- Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J., e.a. (2010), «Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment», *BMJ* 341, p. c3172.

- King, K., Meehan, B., Trim, R., et Chassin, L. (2006), «Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment», *Addiction* 101, p. 1730-40.
- Koerkel, J., et Verthein, U. (2010), «Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain», *Suchttherapie* 11(1), p. 31-4.
- Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O., et Franck, J. (2010), «Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study», *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), p. 130-3.
- Kruisbergen, E.W., De Jong, D., et Kleemans, E.R. (2011), «Undercover policing: assumptions and empirical evidence», *The British Journal of Criminology* 51, p. 394-412.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T., et Whiteside, H.O. (2008), «Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program», *Evaluation and the Health Professions* 31, p. 226-39.
- Laudet, A., Becker, J., et White, W. (2009), «Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission», *Substance Use and Misuse* 44, p. 227-52.
- Lawless, M., et Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report*, Merchants Quay Ireland, Dublin.
- Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., e.a. (2008), «I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed», *International Journal of Drug Policy* 19, p. 255-64.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E., et Greenbaum, P.E. (2009), «Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1), p. 12-25.
- Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A., e.a. (2010), «Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial», *JAMA* 304(14), p. 1576-83.
- Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (disponible en ligne).
- Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T., et Waal, H. (2010), «Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release», *European Addiction Research* 16(3), p. 139-45.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., et White, J.M. (2010), «Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence», *Addiction* 105(1), p. 146-54.
- Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G., et Basso, C. (2010), «Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain», *European Heart Journal* 31(3), p. 318-29.
- Marsden, J., et Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP*, Blenheim CDP, The London Drug Agency (disponible en ligne).
- Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G., et Kerr, T. (2011), «Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study», *Lancet* 377, p. 1429-37.
- Marshall, K.S., Gowing, L., et Ali, L. (2011), «Pharmacotherapies for cannabis withdrawal», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D., e.a. (2009), «Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial», *Archives of General Psychiatry* 66(10), p. 1116-23.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., e.a. (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, p. 1014-28.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., et Davoli, M. (2009), «Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, p. CD002209.
- McKay, J.-R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S., e.a. (2010), «Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), p. 111-20.
- Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J., e.a. (2010), «Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison», *Addiction* 105, p. 1545-54.
- Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M., et Vuchinich, R. (2005), «To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment», *American Journal of Public Health* 95, p. 1259-65.
- Moore, T. (2008), «The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia», *Drug and Alcohol Review* 27, p. 404-13.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., e.a. (2007), «Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review», *Lancet* 370, p. 319-28.
- OCDE (2006), «The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach», *OECD Economic Studies* 43, p. 115-154.
- O'Connor, P.G. (2010), «Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges», *JAMA* 304(14), p. 1612-4.

- OEDT (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Question particulière, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2007b), *Drogue et criminalité: une relation complexe*, Objectif drogues, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monographie, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2008b), *Usage de drogues, réduction des capacités de conduite et accidents de la route*, Insights, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Question particulière, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2009a), *Rapport annuel 2009: État du phénomène de la drogue en Europe*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009b), *La polyconsommation: modèles et réponses*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, document thématique, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2009d), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, document thématique, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2010a), *Rapport annuel 2010: État du phénomène de la drogue en Europe*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monographie, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010e), *Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone)*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2011b), *Drug policy profiles: Portugal*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT et Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, publications conjointes OEDT-Europol, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OICS (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Nations unies, New York.
- OICS (2010), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2009*, Nations unies, New York (disponible en ligne).
- OICS (2011a), *Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Nations unies, New York (disponible en ligne).
- OICS (2011b), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2010*, Nations unies, New York (disponible en ligne).
- OMS (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève (disponible en ligne).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Organisation mondiale de la santé, Genève (disponible en ligne).
- OMS (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Organisation mondiale de la santé — Europe, Copenhague.
- OMS, ONUDC et Onusida (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ONUDC (2009), *Rapport mondial sur les drogues 2009*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2010), *Rapport mondial sur les drogues 2010*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2011), *Rapport mondial sur les drogues 2011*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

- ONUUDC et MCN (ministère afghan de lutte contre les stupéfiants) (2010), *Afghan opium survey 2010*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne [disponible en ligne].
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S., et Davoli, M. (2010a), «Disulfiram for the treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, p. CD007024.
- Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L., et Davoli, M. (2010b), «Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, p. CD008373.
- Pennings, E.J., Leccese, A.P., et Wolff, F.A. (2002), «Effects of concurrent use of alcohol and cocaine», *Addiction* 97(7), p. 773-783.
- Popova, S., Rehm, J., et Fischer, B. (2006), «An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada», *Public Health* 120(4), p. 320-8.
- Prieto, L. (2010), «Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?», *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 5, p. 9.
- 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. 147-55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R., et Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey», *Circulation* 103, p. 502-6.
- Reuter, P. (2006), «What drug policies cost — Estimating government drug policy expenditures», *Addiction* 101, p. 315-22.
- Reynaud-Maurupt, C., et Hoareau, E. (2010), «Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés"», *Trends*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis [disponible en ligne].
- Richter, C., Romanowski, A., et Kienast, T. (2009), «Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit», *Psychiatrische Praxis* 36(7), p. 345-7.
- Roche, A., McCabe, S., et Smyth, B. (2011), «Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence», *European Addiction Research* 14, p. 219-25.
- Rome, A., Shaw, A., et Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Édimbourg.
- Romelsjö, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I., e.a. (2010), «Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?», *Addiction* 105, p. 1625-32.
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M., et Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007 — Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista* (Finnish drug-related deaths in 2007. Cross-discipline study of forensic medical cause-of-death documents), THL, Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.
- Samhsa (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD [disponible en ligne].
- Samhsa (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: volume 1 — Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD [disponible en ligne].
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., et White, J.M. (2010), «Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy», *Substance Abuse* 31(2), p. 98-107.
- Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D., e.a. (2010), «Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons», *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), p. 157-66.
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M., et Bird, S.M. (2010), «Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland», *BMJ* 341, p. c4851.
- Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R., et Dursteler-Macfarland, K.M. (2010), «Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower-versus higher-dose methadone patients», *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), p. 450-4.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., et Gill, O.N. (2006), «Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison», *BMC Public Health* 6, p. 170 [disponible en ligne].
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E., et Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381-95.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P., et Reilly, D. (1998), «Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area», *Addiction* 93, p. 1149-60.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M., e.a. (2010), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonie: Implications for intervention», *Journal of Drug Policy* 21(1), p. 56-63.

- Tan, J.A., Joseph, T.A., et Saab, S. (2008), «Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving», *Hepatology (Baltimore, Md.)* 48(5), p. 1387-95.
- TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (disponible en ligne).
- Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V., et Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service public fédéral de la justice, Bruxelles.
- Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B., et Rubel, E. (1999), «Natural recovery from cocaine dependence», *Psychology of Addictive Behaviors* 13, p. 259-68.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., e.a. (2009), «Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143-151.
- Vandrey, R., et Haney, M. (2009), «Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?», *CNS Drugs* 23(7), p. 543-53.
- Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G., et Vergouwen, T.A. (2009), «Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known», *General Hospital Psychiatry* 31(4), p. 394-6.
- Whitten, L. (2010), «A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response», *NIDA Notes* 23(3) (disponible en ligne).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., et Cowan, S.A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (disponible en ligne).
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A., et Griffiths, P. (2009), «Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users», *American Journal of Public Health* 99, p. 1049-52.
- Winstock, A. (2011), «The 2011 Mixmag drugs survey», *Mixmag*, mars, p. 49-59.
- Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W., et Wu, Z. (2010), «Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges», *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, p. ii29-37.
- Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*, rapport sur le groupe de travail 2 du projet financé par le DPIP «Identification and optimisation of evidence-based HCV prevention in Europe for young drug users at risk», ZIS, Hambourg (disponible en ligne).

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 2011: État du phénomène de la drogue en Europe

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

2011 — 117 p. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-474-8

doi:10.2810/44928

Comment vous procurer les publications de l'Union européenne?

Publications gratuites:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne.
Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

Publications payantes:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne (http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source principale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le rapport annuel présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE; il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.



Office des publications

ISBN 978-92-9168-474-8



9 789291 684748