ISSN 1609-6142

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2008

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE EN EUROPE

FR

Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

RAPPORT ANNUEL 2008

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE EN EUROPE

Avis juridique

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

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

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

Un numéro unique gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

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

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2008

ISBN 978-92-9168-328-4

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2008

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

Printed in Luxembourg

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE

Observatoire européen des
drogues et des toxicomanies

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

Table des matières

Préface 5

Remerciements 7

Remarques liminaires 9

Commentaire: La consommation de drogue — Nouvelle perspectives et réalités anciennes 11

Chapitre 1: Politiques et législations

Évolution des politiques internationales et européennes • Stratégies nationales • Dépenses publiques • Législation nationale • Criminalité • Recherche au niveau national 19

Chapitre 2: Réponse au phénomène de la drogue en Europe — Vue d'ensemble

Prévention • Traitement • Réduction des risques • Réinsertion sociale • Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral 30

Chapitre 3: Cannabis

Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Traitement 39

Chapitre 4: Amphétamines, ecstasy et LSD

Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Espaces récréatifs • Traitement 51

Chapitre 5: Cocaïne et crack

Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Traitement et réduction des risques 63

Chapitre 6: Usage d'opiacés et injection de drogue

Offre et disponibilité d'héroïne • Estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés • Usage de drogue par voie intraveineuse • Traitement de l'usage problématique d'opiacés 74

Chapitre 7: Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

Maladies infectieuses • Prévention des maladies infectieuses • Mortalité et décès liés à la drogue • Réduction du nombre de décès 85

Chapitre 8: Nouvelles drogues et tendances émergentes

Action de l'UE concernant les nouvelles substances psychoactives • Boutiques en ligne • GHB et GBL 98

Références 103

Préface

Nous sommes fiers de vous présenter le treizième rapport annuel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). La réalisation de ce rapport n'a été rendue possible que grâce à l'engagement de nos partenaires du réseau des points focaux nationaux Reitox et aux experts des quatre coins de l'Europe qui ont contribué à l'analyse. Nous sommes également redevables aux agences de l'Union européenne (UE) et aux organisations internationales travaillant dans le domaine des drogues. Notre rapport est un effort collectif et nous remercions tous ceux qui y ont apporté leur contribution. La logique sous-tendant ce travail est qu'un débat fondé, productif et raisonné passe par une analyse sereine de ce que nous savons de la situation en matière de drogues. Ce travail permet d'éclairer les opinions par des faits et garantit que les personnes posant de difficiles choix politiques puissent comprendre clairement quels sont les coûts et bénéfices des options disponibles.

Cette année a été exceptionnellement chargée pour la politique antidrogue, et l'OEDT a eu l'honneur de soutenir à la fois l'évaluation finale de l'actuel plan d'action drogue de l'UE et la révision de la session extraordinaire de 1998 des Nations unies sur la lutte contre le problème de la drogue. Il est gratifiant de noter qu'à l'aune des standards internationaux, l'Europe se distingue comme l'une des parties du monde où les capacités de suivi sont les plus développées. Néanmoins, nous sommes conscients des limites de nos ressources d'informations actuelles, et nous travaillons en permanence avec nos partenaires à l'amélioration de la qualité et de la pertinence des données disponibles.

Le débat politique sur les drogues se caractérise par le thème sous-jacent des coûts, à la fois cachés et plus visibles, du problème de la drogue en Europe. Ce point est abordé dans diverses parties de ce rapport. L'OEDT œuvre au développement d'une compréhension des dépenses publiques associées à la lutte contre la consommation de drogue dans les États membres de l'Union. Ce travail en est encore à ses balbutiements et les estimations qui en sont dérivées sont davantage indicatives que précises. Néanmoins, elles indiquent que des sommes considérables sont dépensées, en présentant des chiffres préliminaires oscillant entre 28 et 40 milliards d'euros. Le mal causé par la consommation de drogue est, par contre, plus difficile à exprimer en termes économiques. Quels coûts doit-on imputer aux décès tragiques dus aux drogues en Europe, à l'impact négatif sur les communautés où les drogues sont produites ou vendues, ou encore à la façon dont le trafic de drogue nuit au développement social et la stabilité politique des pays producteurs et de transit? Il suffit de prendre en compte les développements inquiétants résultant du transit de la cocaïne par l'Afrique occidentale pour que nous reviennent à l'esprit les dommages collatéraux que ce problème peut engendrer.

Sur un plan positif, la consommation de drogue en Europe semble se stabiliser, et l'on peut noter des progrès dans la manière dont les États membres de l'UE s'attaquent au problème. Pour la plupart des formes de consommation de drogue, nous estimons globalement que nous ne constatons pas d'accroissement et, dans certaines zones, les tendances semblent être à la baisse. En termes de réponses, nous avons vu pratiquement tous les États membres adopter une approche stratégique, et une cohésion plus importante est visible au niveau européen. La disponibilité des traitements continue de progresser et, dans certains pays, la situation en est au point que la majorité des héroïnomanes, auparavant considérés comme une population cachée, sont maintenant en contact avec des services de l'un ou l'autre type. Il n'y a pas si longtemps, l'infection par le VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables était un souci central dans le débat politique sur la drogue. Depuis lors, un mélange pragmatique de mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques est devenu la norme en Europe, et les taux de nouvelles infections imputables à la consommation de drogue ont chuté et continuent sur cette lancée.

Les bonnes nouvelles font de mauvais gros titres et peuvent passer inaperçues. Toutefois, il est important de reconnaître les progrès qui ont été faits. En Europe, nous comprenons de mieux en mieux quelles mesures peuvent être efficaces dans la lutte contre les problèmes de la drogue. L'obtention d'investissements et d'un soutien politique passe par l'acceptation que nos activités peuvent faire, et font, une différence. Cela ne veut pas dire que notre rapport ne souligne pas de nombreux domaines d'inquiétude pour l'Union européenne. Citons par exemple les progressions constantes de la consommation de cocaïne et les différences considérables existant entre les pays en termes de disponibilité et de qualité des services pour les personnes ayant des problèmes. Nous devons, dès lors, conclure que, même si des progrès ont été enregistrés, notre travail est loin d'être fini. Toutefois, nous avons aujourd'hui en Europe un consensus plus fort que jamais sur la direction que nous devons prendre.

Marcel Reimen
Président du conseil d'administration de l'OEDT

Wolfgang Götz
Directeur de l'OEDT

Remerciements

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

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

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 à l'adresse:

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

Remarques liminaires

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT par les États membres de l'UE, les pays candidats et la Norvège (participant aux travaux de l'OEDT depuis 2001) sous la forme d'un rapport national. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2006 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée.

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

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

Dans les rapports relatifs aux demandes de traitement, les termes «nouveaux patients» font référence aux personnes qui ont entamé un traitement pour la première fois de leur vie et «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.

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 étudiée. Les chiffres de 2005 peuvent être utilisés en remplacement des valeurs manquantes pour 2006 dans l'analyse des tendances du marché de la drogue. Pour les autres tendances, les données manquantes peuvent être interpolées. Les tendances en matière de prix sont adaptées à l'inflation en vigueur au niveau national.

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

D'autres informations sur les données et méthodes d'analyse sont disponibles dans le bulletin statistique 2008.

Le rapport annuel est disponible au téléchargement dans 23 langues à l'adresse suivante: http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008

Le bulletin statistique 2008 (http://www.emcdda.europa.eu/stats08) contient la série complète des tableaux sources sur lesquels est basée l'analyse statistique présentée dans le rapport annuel. Il comporte également des détails complémentaires sur la méthodologie utilisée et quelque 100 diagrammes statistiques supplémentaires.

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

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

Commentaire

La consommation de drogue en Europe — Nouvelles perspectives et réalités anciennes

L'Europe fait entendre sa voix au cours d'une année importante en termes de réflexion et de redéfinition des politiques antidrogue

En Europe, 2008 a vu l'évaluation du plan d'action drogue 2005-2008, ainsi que des travaux visant à préparer un nouveau plan pour promouvoir la stratégie antidrogue de l'UE au cours de sa seconde période (2009-2012). Dans le même temps, 13 États membres de l'Union refondent ou passent en revue leurs stratégies et plans nationaux de lutte antidrogue. À l'échelle internationale, cette année marque aussi la révision à 10 ans des déclarations et plans d'action adoptés lors de la 20e session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS). Autant d'événements qui font de 2008 une année de réflexion sans précédent sur les résultats obtenus à ce jour par les stratégies antidrogue ainsi que sur les orientations à prendre pour l'avenir, tant en Europe que dans le reste du monde.

En Europe, on observe un consensus de plus en plus grand sur la manière dont les États membres adoptent leurs stratégies antidrogue nationales ainsi que sur leur contribution au débat général sur la drogue. À une exception près, tous les États membres de l'Union possèdent désormais leurs propres documents de politique antidrogue et près de la moitié d'entre eux calquent ces documents sur le modèle du plan d'action européen — preuve s'il en est de la convergence politique croissante en Europe quant à la manière de répondre au problème de la drogue. Les États membres de l'UE, aidés dans cette tâche par la Commission, présentent un front de plus en plus uni dans les débats qui entourent la révision de l'UNGASS. Ces contributions européennes mettent l'accent sur la nécessité de politiques et d'actions globales, équilibrées et fondées sur des preuves, ainsi que sur l'intérêt d'une surveillance accrue du problème de la drogue à l'échelle mondiale au cours de la période post-UNGASS.

Consommation de drogue et sanctions pénales: un tableau contrasté

Ces dernières années, l'OEDT a relevé une tendance des pays européens à établir une distinction plus marquée dans leurs législations antidrogue entre trafiquants ou dealers et consommateurs. Cette distinction se reflète dans la réduction des sanctions dont sont passibles les consommateurs dans certains pays. Toutefois, d'autres ont rejeté l'idée d'assouplir ces peines et les ont parfois renforcées. Dans la pratique, il est souvent difficile d'établir une distinction entre fournisseur et consommateur, et les critères appliqués à cet égard par les États membres sont très variables.

L'idée selon laquelle les pays européens ont moins recours à des peines criminelles en matière de toxicomanie n'est pas confirmée par les données disponibles. Ces cinq dernières années, on a assisté à une hausse du nombre d'infractions à la législation antidrogue signalées en Europe. La plupart de celles-ci ont trait à la consommation et à la possession pour usage personnel, plus qu'à l'approvisionnement. D'ailleurs, si les délits liés à l'offre ont augmenté de 12 %, ceux concernant la possession ont progressé de plus de 50 %. Le cannabis reste la drogue le plus souvent associée à des infractions à la législation antidrogue.

On ne connaît pas avec certitude les motifs de l'explosion des délits liés à la consommation de drogue, mais elle pourrait notamment s'expliquer par le fait que, dans certains pays, il est désormais plus simple, sur le plan administratif, de condamner pour possession de drogue. Il n'en reste pas moins qu'aucune donnée ne vient étayer les affirmations selon lesquelles le risque, pour les toxicomanes et surtout pour les consommateurs de cannabis, d'être inculpés pour des infractions liées à la drogue a diminué ces dernières années. Par ailleurs, l'ampleur des changements intervenus dans les sanctions appliquées pour la possession de drogue n'est pas évidente, et l'OEDT consacrera une étude particulière à cette question l'année prochaine.

Une nouvelle étude explore l'attitude des jeunes face à la consommation de drogue

Une récente étude Eurobaromètre s'est penchée sur les attitudes et perceptions des jeunes face à la drogue. Il en ressort un consensus notable entre les pays. Dans

l'ensemble, le risque associé à des drogues comme l'héroïne, la cocaïne et l'ecstasy est jugé élevé par 81 à 96 % des personnes interrogées. La grande majorité des personnes interrogées (95 %) estime que ces drogues devraient rester sous contrôle en Europe. Toutefois, les avis divergent davantage sur le cannabis, 40 % pensant que la drogue représente un risque élevé, alors qu'une proportion comparable (43 %) considère que la consommation de cannabis pose un «risque sanitaire moyen», globalement similaire à celui du tabagisme. La perception des risques sanitaires associés au cannabis se reflète également dans le soutien moindre au maintien de l'interdiction du cannabis (67 %) et dans l'opinion, défendue par une minorité substantielle de personnes interrogées (31 %), selon laquelle le cannabis devrait être réglementé de la même manière que l'alcool et le tabac.

Prévention de la toxicomanie: les preuves s'accumulent, mais la pratique évolue lentement

En dépit du soutien pratiquement unanime à la prévention de la toxicomanie, il est difficile, méthodologiquement parlant, de réaliser des évaluations formelles dans ce domaine et, historiquement, les preuves démontrant l'efficacité des interventions en la matière sont maigres. Cette situation évolue à mesure que les bases scientifiques de la prévention s'étoffent et que des études plus rigoureuses sont menées. Bien que les résultats doivent encore souvent être inférés d'études américaines dont la pertinence pour l'Europe est discutable, le corpus européen se renforce. Considérées dans leur ensemble, les informations désormais disponibles permettent de mieux cerner les types d'activités susceptibles de sortir des effets et de mieux cibler les personnes les plus vulnérables. Néanmoins, de nouvelles données laissent entendre que, dans de nombreux pays, les approches dominantes ne s'appuient toujours sur aucune preuve probante et, dans certains cas, prévoient des activités qui peuvent même se révéler contreproductives. Le défi pour les décideurs réside peut-être dans le fait que les programmes éprouvés exigent souvent un plus grand investissement en ressources et davantage de moyens en termes de formation et de contrôle qualité.

Pour appuyer le transfert des connaissances et les meilleures pratiques en matière de lutte contre la drogue, l'OEDT a lancé en 2008 un portail internet sur les meilleures pratiques. Le portail, qui comprend un module de prévention, fournit une vue d'ensemble des dernières preuves en matière d'efficacité et d'efficience des programmes ainsi que des outils et normes visant à améliorer la qualité des interventions. Des exemples des pratiques évaluées en Europe sont également disponibles.

Traitement de la toxicomanie: accent sur les résultats et les besoins des patients

Le nombre de toxicomanes sous traitement pour leur dépendance a considérablement augmenté ces dernières années et, dans de nombreux pays, une part significative des consommateurs d'opiacés à problèmes suivent un traitement de substitution à long terme. Cette tendance a conduit à une diversification des options pharmaceutiques disponibles et a résulté dans une plus grande attention à la qualité et aux résultats du traitement, là où l'on se concentrait précédemment sur l'intérêt même du traitement. Ainsi, le débat est désormais davantage axé sur la définition d'objectifs réalistes à long terme pour les traitements de substitution ainsi que sur la possibilité pour les patients de se réinsérer dans la société et de retrouver un mode de vie normal. Élément clé d'une telle réinsertion, l'emploi s'est révélé avoir une forte valeur pronostique. Toutefois, le retour sur le marché du travail est souvent difficile, du fait des compétences médiocres et du faible niveau d'éducation qui caractérisent beaucoup des toxicomanes chroniques, globalement vieillissants, sous traitement à long terme en Europe. Parvenir à un consensus sur ce qui constitue un résultat fructueux pour les toxicomanes de longue durée et sur la possible réinsertion sociale de cette population est aujourd'hui l'une des priorités des services de traitement des toxicomanes en Europe.

Bien que les traitements pour toxicomanie continuent à s'étendre en Europe, il existe toujours un écart considérable entre les pays en termes de disponibilité des soins et de couverture des différents types de toxicomanie. En outre, si de plus en plus de pays reconnaissent la valeur des options thérapeutiques destinées aux toxicomanes en milieu carcéral, cette prise de conscience doit encore s'accompagner d'investissements dans des services ad hoc, peu développés dans la plupart des États. Autre défi majeur pour les services de traitement de la toxicomanie en Europe: la nécessité de développer des modèles de soins sur mesure pour répondre aux besoins d'une population de toxicomanes plus hétérogène. Dans un contexte général où aucune preuve ne permet d'identifier une approche à privilégier, certains pays européens développent de nouvelles méthodes intéressantes pour soigner les consommateurs de cannabis ou de cocaïne. Les problèmes complexes engendrés par différents types de polytoxicomanie, dont la consommation concomitante d'alcool, rendent difficile la mise en place de structures adaptées. Il est donc vraisemblable que les services d'aide aux toxicomanes en Europe doivent développer une palette de plus en plus diversifiée d'options thérapeutiques s'ils veulent pouvoir répondre aux besoins de plus en plus diversifiés de leurs patients.

De plus en plus de signes d'un possible désintérêt pour le cannabis

Il ressort d'études récentes réalisées en milieu scolaire et chez les adultes que la consommation globale de cannabis se stabilise, voire recule dans certains pays. Des tendances nationales divergentes sont toujours apparentes et des différences marquées subsistent entre les pays. Cette évolution se reflète dans les tendances à moyen terme, qui révèlent des augmentations souvent dans des pays à faible prévalence, une situation stable dans beaucoup d'autres États et des baisses dans certains pays à forte prévalence.

Les baisses de prévalence sont surtout manifestes chez les jeunes. Les données de la dernière étude HBSC (Health behaviour in school-aged children — Comportement sanitaire des enfants en âge scolaire) montrent une tendance à la stabilisation, voire à la baisse, dans la consommation de drogue chez les élèves de 15 ans dans la plupart des pays au cours de la période 2001-2006, et des rapports préliminaires indiquent que ces informations pourraient bien être corroborées par le dernier cycle du projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD), qui doit être publié à la fin de l'année 2008. Au Royaume-Uni, pays dont la forte prévalence de la consommation de cannabis sort traditionnellement du lot, une tendance constante à la baisse est désormais visible, surtout chez les 16-24 ans. Les raisons de ce recul ne sont pas bien documentées, mais il n'est pas impossible qu'elles soient liées à un changement dans la perception des risques associés à la consommation de cette drogue. Certains observateurs suggèrent que la baisse de popularité du cannabis pourrait être associée à l'évolution des mentalités en matière de tabagisme. En Europe, le cannabis est souvent fumé avec du tabac, et les programmes de prévention de la toxicomanie sont de plus en plus axés sur les effets sanitaires de la consommation de substances légales et illégales.

Coup d'œil sur les estimations de l'usage de drogue en Europe

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

Cannabis

Prévalence au cours de la vie: au moins 71 millions de personnes (22 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année dernière: environ 23 millions d'adultes européens ou un tiers des usagers au cours de la vie

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

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours de l'année dernière: plage de variations de 0,8 % à 11,2 %

Cocaïne

Prévalence au cours de la vie: au moins 12 millions de personnes (3,6 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année dernière: 4 millions d'adultes européens ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du mois dernier: environ 2 millions d'Européens

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours de l'année dernière: plage de variations de 0,1 % à 3,0 %

Ecstasy

Prévalence au cours de la vie: environ 9,5 millions de personnes (2,8 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année dernière: plus de 2,6 millions d'adultes européens ou un tiers des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du mois dernier: plus d'1 million d'Européens

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours de l'année dernière: plage de variations de 0,2 % à 3,5 %

Amphétamines

Prévalence au cours de la vie: près de 11 millions de personnes (3,3 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année dernière: environ 2 millions d'adultes européens ou un cinquième des usagers au cours de la vie

Consommation au cours du mois dernier: moins d'1 million d'Européens

Variation entre les pays de l'usage de drogue au cours de l'année dernière: plage de variations de 0,0 % à 1,3 %

Opiacés

Usage problématique d'opiacés: entre 1 et 6 cas pour 1 000 adultes

En 2005/2006, les décès dus à la drogue représentaient 3,5 % de tous les décès d'Européens de 15 à 39 ans, des opiacés étant décelés dans 70 % des cas.

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

Plus de 600 000 usagers d'opiacés ont bénéficié d'un traitement de substitution en 2006

En dépit de cette évolution récente, les niveaux de consommation du cannabis en Europe restent élevés par rapport à la situation passée, et nombreux sont les pays qui comptent une forte population de consommateurs réguliers et intensifs, surtout parmi les jeunes hommes. Le nombre de personnes qui consomment régulièrement et intensivement du cannabis peut connaître une évolution indépendante de la prévalence de la drogue au sein de la population générale, et une plus grande attention devrait être accordée à ces modes de consommation et aux problèmes associés.

Production domestique de cannabis: la grande inconnue

Historiquement, la résine de cannabis est le produit dominant dans de nombreux États membres de l'UE et l'Europe occidentale reste globalement la principale consommatrice de cette forme de la drogue. Toutefois, la production domestique de cannabis végétal, rarement détectée, augmente elle aussi en Europe. La plupart des pays font désormais état d'une production locale, allant de quelques plants cultivés pour usage personnel à des véritables plantations destinées à des fins commerciales.

L'étendue et la part de marché relative du cannabis végétal «maison» restent mal connues, raison pour laquelle l'OEDT réalise actuellement une étude visant à cartographier le marché du cannabis en Europe. Les débats vont également bon train quant aux implications de l'évolution du marché du cannabis. Parmi les inquiétudes exprimées, citons l'impact négatif des sites de production du cannabis sur les communautés locales du fait d'une recrudescence de la criminalité, ainsi que la puissance souvent grande du cannabis «maison». La production locale constitue également un défi pour le monde judiciaire, car les sites de production sont proches du consommateur, se dissimulent assez facilement et ne nécessitent pas que la drogue soit transportée au-delà des frontières nationales.

La consommation de la cocaïne toujours à la hausse dans un marché européen des drogues stimulantes segmenté

En Europe, les drogues stimulantes jouent un rôle important non seulement chez les populations de toxicomanes à problèmes, chroniques et marginalisés, mais également chez des groupes de jeunes bien intégrés socialement, qui consomment de la drogue dans un contexte récréatif. Toutefois, les modes de consommation de stimulants varient d'un pays à l'autre. Ainsi, la cocaïne est désormais le stimulant le plus couramment utilisé dans de nombreux pays d'Europe méridionale et occidentale et sa consommation ne cesse de s'y accroître, alors que les indicateurs de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy sont globalement stables et suggèrent même une diminution dans ces régions. En revanche, les amphétamines restent les stimulants les plus consommés dans la plupart des pays d'Europe centrale, septentrionale et orientale, où, dans certains cas, elles représentent une part importante du problème de la drogue. La consommation de métamphétamines reste rare en dehors de la République tchèque et de la Slovaquie, bien que la disponibilité ou la consommation de la drogue soient signalées de manière sporadique dans d'autres pays.

Au vu des analogies qui existent tant dans le contexte dans lequel les différentes drogues stimulantes sont consommées que dans les raisons invoquées pour y avoir recours, ces substances peuvent, dans une certaine mesure, être considérées comme des produits concurrents sur le marché européen de la drogue. Ceci implique que les interventions doivent non seulement viser les substances individuelles, mais qu'elles doivent aussi considérer les drogues stimulantes comme un groupe, plutôt que comme une série de problèmes distincts. Ce point est important, car les mesures visant à influer sur la disponibilité de l'une de ces substances peuvent rester sans effet réel si elles ont pour seuls résultats de pousser les consommateurs à opter pour d'autres produits.

L'évolution de la production de drogues synthétiques en Europe soulève des inquiétudes quant à son coût environnemental

Les pays européens restent les principaux producteurs d'amphétamines et de MDMA, bien que leur poids relatif ait quelque peu décru à mesure que la production s'intensifiait ailleurs. En moyenne, entre 70 et 90 unités de production sont détectées chaque année. Celles-ci se concentrent essentiellement dans quelques pays d'Europe occidentale et orientale. Les données des autorités judiciaires suggèrent que la production de drogues synthétiques, y compris de métamphétamines, devient de plus en plus sophistiquée, avec des cycles de production plus intensifs, du fait de l'utilisation de récipients à réaction plus grands, d'équipements industriels et «faits maison» et d'unités mobiles.

L'augmentation du volume de production moyen est susceptible d'aggraver le problème des déchets. À titre d'exemple, la production d'un kilogramme d'amphétamines ou de MDMA génère en moyenne quelque 15 à 20 kilogrammes de déchets, dont des substances chimiques toxiques et inflammables, ce qui pose un risque sérieux pour l'environnement. Les coûts en termes de dégâts écologiques et de décontamination des sites utilisés pour le dépôt clandestin de déchets chimiques résultant de la production de drogues synthétiques peuvent être considérables.

Trafic de cocaïne via l'Afrique de l'Ouest: source d'inquiétudes et champ d'action

La consommation de cocaïne continue à progresser en Europe et les efforts visant à faire respecter son interdiction redoublent. Ainsi, tant le volume que le nombre des saisies de cocaïne ne cessent d'augmenter, avec des quantités de plus de 120 tonnes interceptées chaque année, dont plus des trois quarts en Espagne et au Portugal. Les efforts visant à contrer le trafic de la cocaïne à destination de l'Europe ont été renforcés par la mise en place, à Lisbonne, du Centre d'opération et d'analyse maritime contre le trafic de drogue (MAOC-N), qui joue un rôle de premier plan dans la coordination des activités d'interdiction et dans l'échange d'informations entre États membres.

Bien que la cocaïne pénètre en Europe par de nombreuses voies, le trafic via les pays d'Afrique de l'Ouest s'est considérablement accru. Ces États constituent désormais une route privilégiée pour la cocaïne destinée au marché européen. Cette situation est susceptible de déstabiliser et de saper les efforts de développement dans une région déjà en proie à de nombreux défis sociaux, sanitaires et politiques. Plus particulièrement, les recettes générées par le trafic de cocaïne sont de nature à miner le système judiciaire et à encourager la corruption. L'Union européenne et ses États membres coopèrent avec les pays d'Afrique de l'Ouest afin de développer diverses mesures pour faire face à cette menace croissante.

La consommation d'opiacés synthétiques progresse, mais l'héroïne n'est pas en reste

Les dernières estimations en date montrent que, à près de 733 tonnes, la production potentielle mondiale d'héroïne a continué à s'intensifier. Toutefois, l'impact de cette hausse sur la disponibilité et la consommation de cette drogue en Europe est difficile à évaluer. Il est délicat de tirer des conclusions à cet égard sur la base des données disponibles. Ainsi, la quantité d'héroïne interceptée dans l'Union européenne a légèrement diminué, mais cette évolution a été contrebalancée par une forte hausse des saisies en Turquie.

Il n'existe pas d'éléments probants portant à croire à une croissance épidémique des problèmes liés à l'héroïne comme celle qu'ont connue de nombreuses régions d'Europe dans les années 90. Globalement, les données indiquent une stabilisation, mais pas une diminution du problème. En tant que telle, la consommation d'héroïne en Europe reste un sérieux problème de santé publique et une part importante des coûts sanitaires et sociaux associés à la toxicomanie lui est toujours imputable. Les données suggèrent que les consommateurs d'opiacés, et surtout les héroïnomanes, représentent quelque 60 % des patients traités pour toxicomanie en Europe. Parmi les nouveaux patients admis en traitement, la proportion relative des consommateurs d'opiacés — mais pas leur nombre effectif — a diminué, mais semble maintenant se stabiliser. Par ailleurs, si certains éléments indiquent un lent vieillissement des consommateurs d'opiacés européens, il semble que ces drogues fassent également de nouveaux adeptes, à un rythme suggérant que l'ampleur du problème n'est pas près de diminuer.

Allant peut-être à l'encontre des perceptions intuitives, eu égard à la situation en Afghanistan, les problèmes liés à des opiacés détournés de leur but thérapeutique ou à des opiacés synthétiques produits illégalement semblent se généraliser dans certains pays. En Lettonie, en Lituanie et en Estonie, par exemple, il existe des signes d'un problème croissant provoqué par la disponibilité de 3-méthylfentanyl fabriqué illégalement en dehors du territoire de l'UE. Du fait de sa puissance (le fentanyl étant considérablement plus puissant que l'héroïne), la consommation de cette drogue peut être extrêmement dangereuse, comme le montrent les quelque 70 intoxications mortelles au fentanyl relevées en Estonie en 2006. D'autres pays constatent une augmentation du nombre de personnes demandant de l'aide pour des problèmes liés à la consommation d'opiacés manifestement détournés de buts thérapeutiques. Autant d'éléments qui viennent aggraver le problème de plus en plus présent de la polytoxicomanie désormais caractéristique de la toxicomanie chronique dans certaines régions d'Europe.

Injection de drogue et VIH: une image globalement positive, avec des écarts nationaux considérables

Près de 40 % de tous les héroïnomanes entamant un traitement dans une structure ambulatoire déclarent s'injecter la drogue, ce qui démontre que ce mode d'administration particulièrement dangereux reste un important problème sanitaire en Europe. L'injection est associée à différentes conséquences néfastes, dont, notamment, la propagation d'infections hématogènes telles que le VIH et l'hépatite C. L'évolution de la proportion des «usagers de drogues par voie intraveineuse» parmi les patients sous traitement indique que, dans de nombreux pays, la tendance globale est à l'abandon de ce mode de consommation, bien que les données révèlent des écarts régionaux et nationaux marqués. Dans certains pays, et plus particulièrement en Europe orientale, les injections restent le principal mode d'administration de l'héroïne et plus de 80 % des héroïnomanes entamant un traitement déclarent y avoir recours. Certains États membres

semblent toujours présenter des taux relativement élevés d'initiation, comme le montrent des études réalisées auprès des «usagers de drogues par voie intraveineuse», dont une proportion relativement grande de jeunes et de nouveaux consommateurs par injection.

Globalement, le taux de nouvelles infections au VIH en Europe diminue après un pic dû à une épidémie localisée dans certains pays au début de cette décennie. Le déclin de la consommation par injection ainsi que la disponibilité accrue des traitements et des services de réduction des risques semblent avoir résulté dans une situation globalement meilleure et, lorsqu'une hausse des nouvelles infections est observée, elle reste limitée. Toutefois, il subsiste des écarts importants entre les pays. Bien que les données suggèrent une amélioration de la situation en Estonie, en Lettonie et au Portugal, ces pays font toujours état de taux de nouvelles infections hors proportion et représentent une part importante de tous les nouveaux cas de VIH en Europe attribués à la consommation de drogue. Les données issues d'études régionales et locales laissent aussi entendre que la transmission du VIH reste un problème en Espagne et en Italie, bien que l'absence de données nationales empêche de dégager des tendances pour ces pays. Ailleurs, les comportements à risque se maintiennent et il subsiste un risque de nouvelles épidémies, ce qui souligne fortement la nécessité de rester vigilant. Ainsi, en 2006, la Bulgarie faisait état de 34 nouveaux cas, alors qu'elle ne rapportait pratiquement aucune infection entre 2000 et 2003.

Décès liés à la drogue: un important fléau pour la santé publique

L'OEDT assure le suivi des intoxications mortelles directement imputables à la consommation de drogue (décès dus à la drogue). Elles concernent, en moyenne, quelque 7 à 8 000 décès liés à la drogue signalés en Europe chaque année. Or, on sait que ce chiffre est une estimation minimale, car nombre de cas ne sont pas déclarés. Les opiacés, et surtout l'héroïne, sont les drogues le plus souvent associées à des surdoses, bien que la présence d'autres drogues et d'alcool soit souvent décelée. À l'heure actuelle, la tendance en matière de décès dus à la drogue est à la stabilisation, après une baisse de plusieurs années au début de ce siècle. Les raisons de cette évolution sont incertaines, ce qui souligne la nécessité d'approfondir les recherches sur les facteurs associés aux surdoses ainsi que sur l'efficacité des mesures de prévention. On sait notamment que les toxicomanes qui sortent de prison sont particulièrement vulnérables, une étude récente ayant révélé chez ceux-ci des taux de mortalité huit à dix fois supérieurs aux prévisions. Dans l'ensemble, la prévention des surdoses reste un domaine qui demanderait davantage d'investissements.

Des études ont également montré que la mortalité globale chez les toxicomanes, compte tenu également des maladies, accidents et actes de violence, est jusqu'à cinquante fois supérieure à celle de la population générale. Il serait donc nécessaire d'investir dans des études de cohorte bien pensées, afin de mieux comprendre les causes et l'ampleur de la mortalité liée à la drogue et d'examiner les risques différenciés tels que ceux auxquels sont exposés les détenus libérés et les patients qui interrompent leur traitement.

L'internet et les innovations commerciales mettent à mal les stratégies antidrogue

Une récente étude de l'OEDT a montré que plus de 200 produits psychoactifs naturels, semi-synthétiques et synthétiques, sont vendus par des boutiques en ligne en Europe. Beaucoup de ces substances se définissent comme des «euphorisants légaux» ou des «euphorisants végétaux» et sont vantées comme autant d'alternatives aux substances contrôlées, bien que leur statut légal effectif varie considérablement d'un pays européen à l'autre. Des rapports suggèrent que le nombre de détaillants en ligne de ces produits ne cesse d'augmenter et qu'ils s'adaptent rapidement aux tentatives visant à endiguer le marché, notamment en lançant de nouveaux produits. Par ailleurs, les pharmacies et commerces en ligne vendant des substances psychoactives à des fins manifestement légitimes sont également susceptibles d'offrir de nouvelles voies pour l'approvisionnement en drogues illicites. Considérées globalement, les ventes en ligne représentent désormais un défi considérable pour les politiques antidrogue et mécanismes de contrôle internationaux et nationaux. Eu égard à la vitesse à laquelle de nouveaux produits peuvent apparaître et être distribués, la surveillance des activités en ligne devient un domaine de développement important.

L'importance du dialogue avec la société civile: une prise de conscience

Les problèmes de drogue sont inextricablement liés à d'autres questions sociales et sanitaires. Par conséquent, pour être fructueuses, les interventions doivent impliquer de nombreux acteurs et peuvent bénéficier du soutien des communautés dans lesquelles elles sont mises en œuvre. Cette prise de conscience se reflète dans la reconnaissance croissante de ce que le débat politique doit être éclairé par un dialogue au sein de la société civile. S'inscrivant dans cette démarche, plusieurs mesures ont récemment été prises dans le discours européen sur les drogues. Parmi les plus remarquables, citons la mise sur pied, par la Commission

européenne, d'un forum de la société civile, qui offre la possibilité d'introduire les expériences sur le terrain dans le processus de définition d'une nouvelle stratégie antidrogue européenne et d'éclairer l'évaluation du plan d'action de l'UE sur les drogues. L'importance de consulter des représentants d'organisations non gouvernementales et des communautés locales a également été reconnue dans la stratégie antidrogue de l'UE et soulignée dans un rapport adopté par le Parlement européen en mars 2008, qui reconnaît le rôle fondamental de la société civile dans le développement, la mise en œuvre, l'évaluation et la surveillance des stratégies antidrogue.

Recherche européenne en matière de drogue et nécessité d'une coopération transnationale

Ces dix dernières années, la recherche liée à la drogue et l'infrastructure sous-jacente (centres de recherche, journaux scientifiques, mécanismes de financement) se sont fortement développées en Europe, comme le montre une question particulière sur la recherche publiée en 2008 par l'OEDT. Aspect moins positif, ces progrès ne sont pas allés de pair avec une augmentation comparable dans la coopération et la coordination des efforts de recherche au sein des États membres de l'UE. Une attention croissante est accordée à cette problématique et la Commission européenne a commandé une nouvelle étude afin de fournir un inventaire des activités de recherche ainsi qu'une analyse comparative des infrastructures disponibles en Europe et dans d'autres régions du monde. Le rapport contient des recommandations sur la manière d'améliorer la coopération au niveau européen et de contribuer au débat sur une meilleure corrélation entre opportunités de financement de la recherche en Europe et besoins scientifiques et politiques.

Chapitre 1
Politiques et législations

Introduction

La politique antidrogue devrait revêtir une importance toute particulière en 2008. En effet, c'est cette année que les Nations unies et l'Union européenne évalueront les résultats de leurs politiques en matière de lutte contre la consommation de drogues illicites et les risques liés à celles-ci. Les Nations unies passeront en revue les progrès enregistrés dans la mise en œuvre des mesures et dans la réalisation des objectifs arrêtés lors de leur session extraordinaire de 1998 sur la lutte contre le problème de la drogue dans le monde. En Europe, 2008 verra l'évaluation finale de l'actuel plan d'action drogue de l'UE (2005-2008) ainsi que la préparation du plan d'action portant sur la période 2009-2012. En outre, un nombre sans précédent d'États membres de l'UE feront également le point sur leurs stratégies et plans d'action nationaux et élaboreront de nouveaux documents sur la politique à mener en la matière ([1]) dans le courant de l'année.

L'OEDT se penchera sur les conclusions et évolutions de 2008 dans son prochain rapport annuel. Cette année, le chapitre 1 se concentrera sur les récents changements intervenus dans la politique antidrogue, présentera de nouvelles données sur les dépenses publiques en relation avec la drogue, explorera trois dimensions spécifiques des législations antidrogue — possession destinée à la consommation personnelle, peines alternatives et priorité à la protection de la société — et soulignera les dernières tendances en matière de criminalité liée à la drogue. Ce chapitre se terminera sur une vue d'ensemble de la recherche menée dans les États membres de l'UE en matière de drogue.

Évolution des politiques internationales et européennes

Révision de l'UNGASS à 10 ans

En juin 1998, la 20e session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (UNGASS) s'est réunie à New York afin d'aborder le problème de la drogue dans le monde. Ce «sommet drogue» a défini un nouvel agenda pour la communauté internationale en adoptant trois documents clés ([2]): une déclaration politique, une déclaration sur les principes fondamentaux de la réduction de la demande de drogues et une résolution en cinq points proposant des mesures propres à renforcer la coopération internationale. En adoptant cette déclaration politique, les États membres de l'ONU se sont engagés à atteindre des résultats quantifiables dans la réduction de l'offre et de la demande en drogues illicites pour 2008.

La session de cette année de la commission des Nations unies sur les stupéfiants (CND) a entamé la révision à 10 ans des progrès enregistrés en termes de réalisation des objectifs définis au cours de l'UNGASS de 1998. Il ressort d'un rapport présenté par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) que des avancées significatives ont été enregistrées ces dix dernières années, bien que, dans certains domaines et régions, les États membres n'aient pas encore pleinement atteint les objectifs définis dans la déclaration politique ([3]). Cette évaluation sera suivie d'une période d'un an de réflexion, année au cours de laquelle des débats doivent être organisés entre les groupes de travail d'experts intergouvernementaux, puis au sein de réunions intersessions. Cette procédure permettra de préparer un segment de haut niveau de deux jours, lors de la CND de 2009, qui décidera d'une éventuelle déclaration politique et de mesures à suivre.

L'Union européenne joue un rôle actif dans la révision de l'UNGASS. Des résolutions préparées par l'UE ont été adoptées lors des sessions de 2006 (49/1), 2007 (50/12) et 2008 (51/4) de la CND, toutes appelant de leurs vœux un processus d'examen scientifique et transparent. L'OEDT a également participé à des consultations d'experts financées par la Commission européenne et organisées par l'ONUDC et a, dans ce contexte, fourni une vue d'ensemble des stratégies et réactions antidrogue en Europe depuis 1998.

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

([2]) http://www.un.org/ga/20special/

([3]) http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html

Évaluation du plan d'action drogue de l'UE

En décembre 2007, la Commission européenne a présenté son second état des lieux de la mise en œuvre du plan d'action drogue (2005-2008) de l'UE. Ce rapport, qui contient des données issues des États membres de l'UE, de l'OEDT, d'Europol et de la Commission européenne, évalue l'étendue dans laquelle les mesures planifiées pour 2007 ont été exécutées. L'une des principales conclusions de cet examen réside dans le fait qu'il existe des signes de convergence entre les politiques antidrogue des États membres. Il souligne également les difficultés rencontrées dans la collecte des données relatives aux activités de réduction de la demande et dans la corrélation entre certaines actions planifiées et l'indicateur choisi pour évaluer leur mise en œuvre.

L'évaluation finale de l'actuel plan d'action drogue de l'UE a eu lieu en 2008, avec la contribution des États membres de l'UE, d'Europol et de l'OEDT. Le rapport correspondant devrait être publié par la Commission européenne à l'automne 2008, et ses conclusions contribueront à formuler le deuxième plan d'action (2009-2012) dans le cadre de l'actuelle stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012).

Autres développements au sein de l'UE

En septembre 2007, le Parlement européen et le Conseil ont adopté le programme spécifique «Prévenir la consommation de drogue et informer le public» ([4]), qui s'inscrit dans le cadre financier 2007-2013 ainsi que dans le programme général «Droits fondamentaux et justice». Les objectifs de ce programme sont les suivants: prévenir et réduire la consommation de drogue, la toxicomanie et les dommages liés à la drogue; contribuer à améliorer l'information relative à la consommation de drogue; et soutenir la mise en œuvre de la stratégie antidrogue de l'Union européenne (2005-2012). Au titre de ce programme, 21,35 millions d'euros seront débloqués afin de financer les études de la Commission, les frais de fonctionnement d'organisations non gouvernementales européennes actives dans le domaine des drogues, et des projets transnationaux. Des actions conjointes pourront également être menées avec d'autres programmes communautaires, tel le deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) ([5]), qui, dans son volet consacré à la promotion de la santé en relation avec différents facteurs déterminants, prévoit des actions en matière de drogues illicites dans différents contextes, dont les écoles et le lieu de travail.

En juin 2006, la Commission européenne a publié un livre vert sur le rôle de la société civile dans la politique antidrogue de l'Union européenne, comme il est prévu dans le plan d'action drogue. Cette initiative a été suivie, en 2007, par un processus de sélection destiné à un nouveau forum de la société civile sur les drogues. L'objectif de ce forum consiste à faire office de plate-forme pour un échange informel de vues et d'informations entre la Commission et des organisations issues de la société civile de l'UE, des pays candidats et, le cas échéant, des pays participant à la politique de voisinage européenne. Il rassemble 26 organisations représentant des horizons très différents. Le forum s'est réuni pour la première fois en décembre 2007, puis à nouveau en mai 2008, pour débattre de l'évaluation du plan d'action drogue en vigueur ainsi que de sa nouvelle mouture.

Stratégies antidrogue nationales

Faits nouveaux

De nouveaux plans d'action ou programmes antidrogue ont été adoptés par quatre États membres de l'UE (la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie et la Finlande), ainsi que par la Turquie et la Norvège, au cours du second semestre 2007. Tous ces documents couvrent un horizon de trois à quatre ans et, exception faite du plan d'action turc, ils succèdent à des plans ou programmes antérieurs. Au cours de la même année, l'Espagne a elle aussi adopté un programme d'action national complémentaire contre la cocaïne (pour la période 2007-2010).

Au début de l'année 2008, trois autres États membres ont adopté de nouvelles notes d'orientation. Le premier plan d'action drogue de l'Italie présente un horizon d'un an, et sera suivi par un plan d'action quadriennal (2009-2012), calé sur celui de l'UE. Le tout premier document national de politique antidrogue jamais adopté à Malte, bien qu'il ne comporte pas d'horizon spécifique, comprend près de cinquante actions qui seront mises en œuvre dans les années à venir. Enfin, la nouvelle stratégie antidrogue du Royaume-Uni, qui court sur dix ans (2008-2018), est, pour la première fois, complétée par un plan d'action triennal (2008-2011), qui définit des actions clés à mettre en œuvre dans un avenir proche.

La majorité des documents nationaux de politique antidrogue adoptés à la fin de l'année 2007 et au début de l'année 2008 se concentrent essentiellement sur les

([4]) Décision n° 1150/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 septembre 2007 établissant, pour la période 2007-2013, dans le cadre du programme général «Droits fondamentaux et justice», le programme spécifique «Prévenir la consommation de drogue et informer le public» (JO L 257 du 3.10.2007, p. 23).

([5]) Décision n° 1350/2007/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2007 établissant un deuxième programme d'action communautaire dans le domaine de la santé (2008-2013) (JO L 301 du 20.11.2007, p. 3).

drogues, mais certains d'entre eux évoquent également d'autres substances, telles que l'alcool, le tabac, les médicaments et les produits dopants. Cette évolution reflète une tendance au sein des pays européens à reconnaître l'existence de liens et de similitudes entre la consommation de substances licites et illicites, mais il reste néanmoins rare que les documents de politique se penchent autrement que superficiellement sur les produits licites ([6]). La Norvège fait figure d'exception, puisque le plan d'action qu'elle a récemment adopté intègre l'alcool au même titre que les drogues illicites. Les nombreux plans d'action et stratégies nationaux en matière de drogue prévus pour 2009, alliés à ceux qui ont été adoptés récemment, permettront à l'OEDT d'examiner si la tendance à une plus grande intégration des drogues licites et illicites dans les politiques antidrogue nationales, identifiée dans la question particulière de 2006, s'est confirmée.

Situation générale

L'Autriche est désormais le seul État membre de l'UE à n'avoir pas adopté de stratégie ou plan antidrogue national, bien que chacune de ses provinces possède une stratégie ou un plan d'action régional en matière de drogue ou d'assuétudes. Dans les 26 autres États de l'Union, de même qu'en Croatie, en Turquie et en Norvège, la politique antidrogue est définie par des documents nationaux. À titre de comparaison, en 1995, seuls 10 de ces 30 pays s'étaient dotés d'un tel instrument (voir la figure 1).

Une convergence a également été observée dans la forme que revêtent les stratégies et plans d'action. Quatorze pays calquent actuellement la structure de leurs documents nationaux de politique antidrogue sur le modèle européen. Ils sont également quatorze à désormais recourir à deux instruments complémentaires pour organiser leurs politiques antidrogue nationales, à savoir un cadre stratégique et un plan d'action (voir la figure 1). En 2000, lorsque l'Union européenne a eu recours à cette approche pour la première fois, seuls deux États membres possédaient deux documents complémentaires en matière de politique antidrogue.

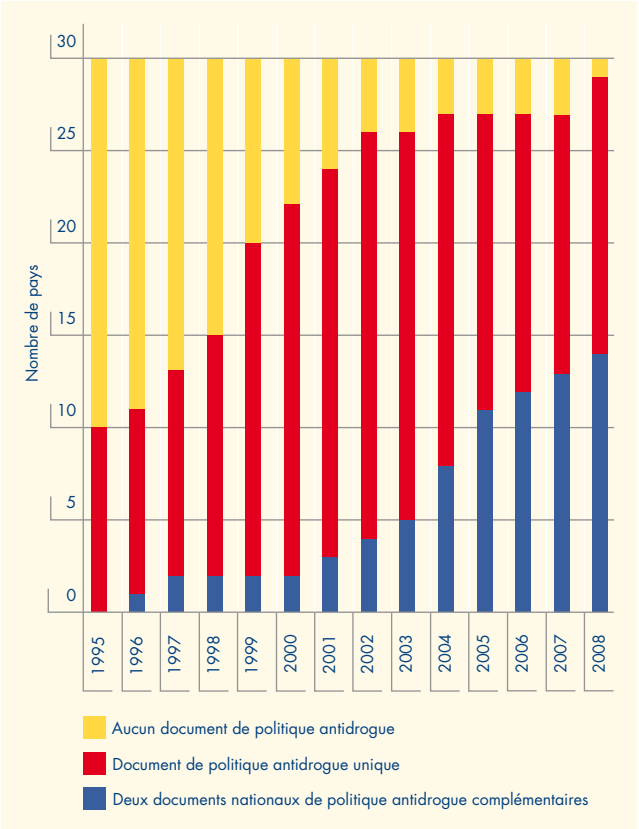
Le contenu des documents nationaux de politique antidrogue est un autre point de convergence entre les États membres de l'UE, la Croatie, la Turquie et la Norvège. En effet, de plus en plus d'éléments indiquent des objectifs et mesures communs dans les stratégies et plans d'action antidrogue nationaux adoptés par les différents pays. Toutefois, au vu des problématiques hétérogènes auxquelles sont confrontés les pays européens en matière de drogue ainsi que de la diversité de leurs contextes politique, social et économique, la divergence qui existe entre les politiques nationales, bien qu'elle s'amenuise, subsistera probablement dans une certaine mesure. Des exemples de ces différences sont mis en exergue au chapitre 2.

Évaluation

En 2008, 13 États membres de l'Union européenne ont déjà revu ou s'apprêtent à revoir leurs documents nationaux de politique antidrogue, faisant de cette année la plus active jamais observée en la matière au niveau national. Emboîtant le pas à l'Italie, à Malte et au Royaume-Uni, l'Irlande reverra sa stratégie antidrogue en 2008; la France, le Portugal et la Roumanie renouvelleront leurs plans d'action drogue; la Bulgarie, l'Espagne, Chypre, la Lituanie et la Slovaquie travailleront quant à eux sur ces deux aspects. Enfin, les Pays-Bas, pionnier européen en la matière, envisagent de refondre leur document de politique antidrogue dans le courant de l'année.

De plus en plus, les pays européens prennent conscience de la nécessité d'inclure des volets de surveillance et

Figure 1 — Évolution du nombre de pays ayant des documents nationaux de politique antidrogue parmi les 27 États membres, la Croatie, la Turquie et la Norvège



Sources: Points focaux nationaux Reitox.

([6]) Voir la question particulière 2006: *European drug policies: extended beyond illicit drugs?*

d'évaluation en tant que composantes à part entière de leurs stratégies et plans d'action antidrogue à l'échelle nationale. Presque tous les pays susmentionnés ont produit un rapport d'activité concernant la mise en œuvre de leurs stratégies ou plans d'action antidrogue, ou prévoient de le faire. Par ailleurs, certains États, tels l'Irlande, Chypre et le Portugal, pourraient réaliser des évaluations plus approfondies en 2008.

Toutefois, les méthodes et approches d'évaluation des différents États membres sont très divergentes, et il existe un besoin d'identifier les meilleures pratiques dans ce domaine. Ce constat a été mis en évidence lors de la conférence sur l'évaluation organisée par la présidence portugaise de l'UE en septembre 2007. Pour relever ce défi, l'OEDT examine la possibilité d'établir des orientations européennes en la matière, en collaboration avec les États membres.

Dépenses publiques liées à la drogue

Quatre États membres de l'UE (la République tchèque, l'Irlande, la Pologne et le Portugal) ont fourni des informations détaillées sur les dépenses publiques associées à la lutte antidrogue pour 2006 (voir la synthèse au tableau 1). Deux de ces quatre pays ont fourni des indications sur la répartition des dépenses en matière de drogue entre gouvernement central et autorités régionales ou locales, ce qui permet de comparer le rôle joué par les différents secteurs du gouvernement. Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, l'essentiel des dépenses publiques officiellement liées à la lutte antidrogue a été affecté à des activités financées par le gouvernement central.

Onze États membres ont fourni des détails quant au budget de l'État consacré à certaines activités lancées en réaction au problème de la drogue. Deux autres pays ont fourni des estimations approximatives des dépenses publiques totales consacrées au problème de la drogue (l'Espagne et Malte), toutefois sans précision quant aux activités ainsi dotées.

En 2005, le total des dépenses publiques liées à la drogue par pays européen se situait dans une fourchette de 13 à 36 milliards d'euros (OEDT, 2007a). Cette estimation a été obtenue en extrapolant les dépenses liées à la drogue de six pays (la Belgique, la Hongrie, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède et le Royaume-Uni) à d'autres pays. Une nouvelle estimation, comprenant les données d'autres pays (la République tchèque, la France, le Luxembourg, la Pologne, la Slovaquie) a récemment été proposée (OEDT, 2008d). Cette nouvelle estimation des dépenses publiques liées à la drogue en Europe s'élève à 34 milliards d'euros (zone de confiance à 95 %, 28 à 40 milliards d'euros), soit 0,3 % du produit intérieur brut (PIB) consolidé de tous les États membres de l'UE. Les dépenses publiques consacrées à la drogue coûteraient donc en moyenne 60 euros par an au citoyen européen. Toutefois, eu égard aux données limitées sur lesquelles ils reposent, ces chiffres n'ont qu'une valeur indicative.

Rapports sur le coût social de la consommation de drogue

Quatre États membres ont communiqué des données quant au coût social de la consommation de drogue (frais directs et indirects engendrés par la consommation de drogue). Si ces rapports peuvent fournir des informations utiles sur l'impact de la consommation de drogue dans le pays où ils ont été produits, la disparité entre les méthodes et les

Tableau 1 — Dépenses publiques imputables à la drogue (1) d'une sélection d'États membres de l'UE

Pays	Dépenses marquées rapportées par le secteur public (EUR)				Total exprimé en pourcentage des dépenses publiques totales (2)
	Central	Régional	Local	Total	
République tchèque	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlande (3)	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Pologne	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

(1) Dépenses publiques «marquées» explicitement comme étant liées à la drogue dans les documents comptables officiels.
(2) Dépenses totales générales du gouvernement dans l'année.
(3) En Irlande, les administrations et agences publiques sont invitées à communiquer leurs dépenses annuelles liées à la drogue au ministère de coordination de la communauté, des affaires rurales et du Gaeltacht. Ces dépenses ne sont pas nécessairement «marquées» explicitement comme étant liées à la drogue dans les documents comptables officiels.
Sources: Points focaux nationaux Reitox et Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/)

modes d'établissement de rapports de résultats empêche toute comparaison entre pays. Un constat qui souligne la nécessité d'adopter une approche commune dans le but d'évaluer le coût social de la drogue en Europe.

En Italie, le coût social de la consommation de drogues illicites a été estimé à quelque 6 473 millions d'euros, les activités de répression se taillant la part du lion (43 %) et le reste se répartissant entre soins de santé et services sociaux (27 %) et perte de productivité des toxicomanes et personnes indirectement touchées par la consommation de drogue (30 %). Par ailleurs, on estime à 3 980 millions d'euros la somme consacrée par les toxicomanes à l'achat de drogues illicites. Sur la base de ces données, le coût de la consommation de drogue en Italie est évalué à 0,7 % du produit intérieur brut du pays. Dans les données fournies pour l'Autriche, en 2004, la répartition entre coûts directs et indirects était l'inverse de celle rapportée par l'Italie: sur un coût social de la drogue estimé à 1 444 millions d'euros, les coûts indirects représentaient 72 %.

Le Royaume-Uni signale qu'en 2003/2004, les coûts économique et social de la consommation de drogues de classe A ([7]) en Angleterre et au pays de Galles étaient de 22,26 milliards d'euros, soit un coût annuel de 63 940 euros par toxicomane à problèmes. La consommation de drogue problématique représenterait 99 % du coût total. Les coûts afférents à la criminalité liée à la drogue, dont ceux concernant le volet «répression» et les victimes de cette forme de criminalité, sont les plus importants (90 % du montant total, soit 20,1 milliards d'euros).

Vers une meilleure compréhension des dépenses publiques liées à la drogue en Europe — Question particulière 2008 de l'OEDT

En réponse au plan d'action drogue de l'UE 2005-2008, l'OEDT a développé un projet visant à identifier, à développer et à tester des méthodes permettant de quantifier les dépenses publiques liées à la drogue. Une question particulière consacrée à ce sujet donne un aperçu des chiffres généraux sur les dépenses publiques liées à la drogue consenties en 2005 dans les États membres de l'UE et en Norvège. La majeure partie des dépenses identifiées ont initialement été «étiquetées» comme étant liées à la drogue et on est généralement remonté à leur origine grâce à un examen exhaustif des documents comptables officiels, reflétant ainsi potentiellement l'engagement volontaire des États dans le domaine des drogues. À chaque fois que cela était possible, les dépenses cachées ou «non étiquetées» comprises dans des programmes poursuivant des objectifs plus vastes ont été estimées grâce à des techniques de modélisation. Cette nouvelle approche double fournit des estimations standardisées maximisant la validité et la comparabilité internationale des dépenses publiques consacrées à la lutte contre les drogues et la toxicomanie.

Cette question particulière (selected issue) est disponible en version imprimée ou sur internet, en anglais uniquement (http://emcdda.europa.eu/publications/selected-issues).

Évolution de la législation nationale

Dédiée à l'examen des modifications apportées à la législation antidrogue depuis 1998, l'UNGASS sur les drogues revêt un intérêt tout particulier au cours de cette année de révision et d'évaluation internationales, européennes et nationales des documents de politique antidrogue. Cette section, qui observe les changements intervenus dans trois domaines clés, pose la question suivante: les modifications des définitions légales et les réponses apportées à la consommation de drogue témoignent-elles d'une nouvelle tendance, plus générale, dans la manière dont les pays considèrent les toxicomanes?

Possession pour usage personnel

Ces dix dernières années, la plupart des pays européens ont évolué vers une approche plus nuancée, établissant une distinction entre les trafiquants, considérés comme des criminels, et les consommateurs, davantage considérés comme des personnes malades ayant besoin d'un traitement. Toutefois, les États membres divergent considérablement dans la manière dont ils ont choisi de définir ces catégories dans leurs législations et dans les nouvelles lois adoptées ces dernières années.

L'une des questions où les États membres ont montré le plus grand degré de divergence réside dans la définition de quantités seuils en relation avec la possession pour usage personnel. Au cours de la période 2004-2006, la Bulgarie a abrogé le principe de la possession pour usage personnel, l'Italie l'a réintroduit douze ans après l'avoir supprimé et le Royaume-Uni l'a remis à l'ordre du jour pour finalement décider de ne pas l'appliquer. Chypre et la Belgique ont introduit des quantités limites définies en 2003, pour toutes les drogues et pour le cannabis, respectivement, alors qu'en Allemagne, les Länder s'efforcent d'harmoniser l'application d'un arrêt de la cour constitutionnelle dont la référence à des «quantités insignifiantes» reste vague, donnant lieu à une fourchette d'interprétation comprise entre 3 et 30 grammes. En 2005, en Slovaquie, les définitions légales de l'«usage personnel» ont été élargies, passant d'un maximum d'une à trois doses et, pour un montant supérieur, à dix doses. Toutefois, dans le même temps, les peines pour possession de toute quantité supérieure ont été relevées à un minimum net de quatre ans de prison, comme pour les trafiquants.

([7]) Les drogues de classe A sont considérées comme les plus dangereuses.

La consommation de drogue au sein de petits groupes constitue un autre défi pour les efforts visant à établir une distinction entre consommateur et fournisseur. En Belgique, l'infraction spécifique de consommation en groupe a été abrogée en 2003; la même année, un amendement du code pénal hongrois a permis un traitement différencié des fournisseurs de petites quantités destinées à être consommées «conjointement» (amendement critiqué depuis pour son manque de clarté juridique). En 2006, Malte a décidé que la condamnation à 6 mois de prison minimum pour les fournisseurs n'était pas toujours appropriée dans les situations de partage et a modifié sa législation afin d'autoriser des exceptions.

Concernant les sanctions applicables, les peines maximales et probables pour la consommation ou la possession pour usage personnel, en l'absence de circonstances aggravantes, ont été revues à la baisse dans divers pays européens depuis 2001 — soit pour toutes les drogues (Estonie, Grèce, Hongrie, Portugal, Finlande), soit pour le cannabis seul (Belgique, Luxembourg, Royaume-Uni), soit pour les drogues présentant un risque moindre (Roumanie). Toutefois, au cours de cette période, tous les pays n'ont pas réduit les peines: ainsi, la France et la Pologne ont décidé de ne pas amender leur législation au terme de consultations et le Danemark a revu les peines «normales» à la hausse, passant de cautions à des amendes (qui ont ensuite été augmentées). En Italie, une nouvelle loi a réintroduit la consommation de drogue au titre de contravention administrative, et la consommation de cannabis a été reclassifiée. Elle est désormais passible des mêmes sanctions que la consommation d'autres substances illicites, comme l'héroïne ou la cocaïne. Le Royaume-Uni a annoncé son intention de reclassifier lui aussi le cannabis vers une catégorie supérieure.

Peines alternatives

Les changements dans l'accès des toxicomanes à des traitements via le système judiciaire ont généralement deux caractéristiques en commun. D'une part, ils élargissent le champ de l'orientation des toxicomanes vers des soins, même s'il subsiste des différences entre les pays concernant le stade auquel cette proposition de traitement intervient; la plupart des pays la réservant au stade des tribunaux, au lieu de l'appliquer auparavant, lors des contacts avec la police ou le ministère public. D'autre part, ils sont conditionnels. En effet, si le toxicomane ne suit pas le traitement qui lui est imposé, la procédure d'inculpation, les poursuites ou la peine se remettent à courir.

Les pays ont adopté — et parfois élargi — des options ou systèmes permettant d'aiguiller les contrevenants vers des soins ou des consultations, en guise d'alternative à des sanctions ou à des peines de prison, conformément aux objectifs de l'UNGASS et du plan d'action de l'UE. En Irlande et à Malte, après une arrestation, les toxicomanes peuvent désormais être envoyés en traitement. C'est aussi le cas au Royaume-Uni, où le dépistage de drogues lors de l'interpellation est autorisé dans certaines circonstances. Des tribunaux spéciaux ont été mis sur pied en Irlande, au Royaume-Uni (Angleterre et Écosse) et en Norvège. Il en est aussi question à Malte. Le Portugal a quant à lui mis en place un système de «commissions pour la dissuasion de la toxicomanie» composées d'un avocat, d'un médecin et d'un travailleur social. Dans d'autres pays, de nouvelles lois ont introduit une forme de traitement en guise d'alternative à des sanctions: en France, les contrevenants à la législation antidrogue ne présentant pas de dépendance peuvent suivre des cours de sensibilisation, dont ils assument les frais; en Espagne, en Hongrie et en Lettonie, les peines privatives de liberté peuvent être suspendues pour les toxicomanes qui se soumettent à un traitement; et en Bulgarie, en Hongrie, en Roumanie et en Turquie, la probation peut être assortie d'un traitement. Les Pays-Bas s'efforcent de renforcer le recours aux traitements comme condition d'une libération anticipée. Lorsque cela semble approprié, en Finlande, les condamnés peuvent désormais être dirigés vers une prison ouverte s'ils ne prennent plus de drogue. En Grèce, ils peuvent être envoyés dans une unité de soins spéciale. Quant à l'Italie, elle a étendu la possibilité de suivre une cure aux personnes condamnées pour des délits plus graves (lorsque le délit est passible de six ans de prison, contre quatre ans auparavant). Il en va de même pour l'Espagne (où l'on est passé de trois à cinq ans). En Belgique, à tous les niveaux du système judiciaire, il existe des alternatives pour orienter les délinquants toxicomanes vers des options thérapeutiques.

Les sections «Topic overview» et «Legal reports» de l'ELDD ([8]) proposent une description plus détaillée des alternatives thérapeutiques aux sanctions et fournissent de plus amples informations sur leur application.

Priorité à la protection de la société

Ces dix dernières années, la législation pénale a de plus en plus été utilisée pour protéger la société contre les toxicomanes et, parallèlement à la distinction établie entre le consommateur «malade» et le trafiquant «criminel», la catégorie des «utilisateurs» a également été scindée, dans la législation, entre fauteurs de troubles et consommateurs qui ne posent pas problème. Les mesures prises pour réduire les peines pour usage personnel et proposer des solutions alternatives, décrites ci-dessus, s'inscrivent dans cette démarche. Ces options thérapeutiques et peines

([8]) http://eldd.emcdda.europa.eu

réduites sont, par exemple, accordées à la condition que le toxicomane ne trouble en aucune manière l'ordre public.

Les critères ont également été élargis et les peines revues à la hausse pour les contrevenants susceptibles de mettre en danger d'autres citoyens. À cet égard, l'essentiel de l'activité législative s'est concentré sur la conduite sous influence (Belgique, République tchèque, Danemark, Espagne, France, Lettonie, Lituanie, Portugal, Finlande). Les nouvelles lois réglementant le dépistage de la drogue sur le lieu de travail en Irlande, en Finlande et en Norvège soulignent que ces pratiques sont principalement autorisées dans les situations où un danger ou un risque considérable découlerait de la consommation de drogue. Par ailleurs, de nouvelles dispositions régissent la consommation de drogue dans divers moyens de transport (trains et navires en Irlande; bateaux en Lettonie; avions en Finlande). Ces dernières années ont également été le témoin de nouvelles lois et stratégies permettant de prévenir ou de réprimer les nuisances publiques causées par l'usage de drogues (voir la question particulière 2005), de nouvelles prérogatives autorisant la fermeture des bars et autres établissements ou l'exclusion de certaines personnes de celles-ci (Belgique, Irlande, Pays-Bas) et du droit de fermer les propriétés privées où ont lieu une distribution commerciale ou une consommation systématique de drogues (respectivement aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). Dans le même temps, de nouvelles lois ont également été introduites en Europe afin de protéger les non-fumeurs du tabagisme passif. Ainsi, depuis 2004, 24 États membres de l'UE (soit l'intégralité d'entre eux, à l'exception de la Grèce, de la Hongrie et de la Pologne) ont interdit ou considérablement restreint l'usage de la cigarette dans les espaces publics confinés, assortissant souvent ces mesures d'amendes non négligeables pour les contrevenants.

En conclusion, il apparaît que les sanctions pénales ont souvent été réduites pour le consommateur individuel qui évite toute circonstance aggravante mais, en contrepartie, pourrait-on dire, elles ont été revues à la hausse pour les personnes dont les actions peuvent affecter d'autres citoyens. Cette dernière évolution illustre la priorité désormais accordée à l'application de la loi pénale pour protéger la société.

Criminalité liée à la drogue

La criminalité liée à la drogue est un vaste concept, susceptible d'inclure tous les délits et crimes commis en relation, d'une manière ou d'une autre, avec la drogue ([9]). Dans la pratique, en Europe, les données de routine ne sont disponibles que dans les rapports préliminaires de contravention à la législation antidrogue, généralement établis par les services de police. Bien que ces données soient généralement considérées comme des indicateurs indirects de la consommation et du trafic de drogues, il importe de noter qu'elles reflètent la diversité des législations nationales et des modalités d'application de la loi. Elles sont également tributaires des différences entre pays en termes de définition des priorités et d'affectation des ressources par les autorités judiciaires à des délits spécifiques. De plus, les systèmes nationaux d'information sur les infractions liées à la drogue présentent eux aussi des disparités, notamment en ce qui concerne les méthodes de déclaration et d'enregistrement. Il est donc difficile d'établir des comparaisons entre les pays et préférable de comparer des tendances plutôt que des chiffres absolus.

D'une manière générale, dans les États membres de l'UE, le nombre de «cas signalés» d'infractions à la législation antidrogue a augmenté en moyenne de 36 % entre 2001 et 2006 (voir la figure 2). Les données traduisent un accroissement des tendances dans tous les pays déclarants, à l'exception de la Bulgarie, de la Grèce, de la Lettonie et de la Slovénie, qui font état d'un recul global sur cette période de cinq ans ([10]).

Infractions liées à la consommation et à la fourniture de drogues

L'équilibre entre les infractions liées à la consommation et celles qui sont liées à l'offre (vente, trafic, production) reste stable par rapport aux années précédentes. La plupart des pays européens déclarent que la majorité des infractions sont liées à la consommation ou à la possession pour usage personnel; pour 2006, ces chiffres atteignent 93 % en Espagne ([11]). Toutefois, en République tchèque, aux Pays-Bas, en Turquie et en Norvège, ce sont les infractions liées à l'offre qui prédominent: jusqu'à 52 % de l'ensemble des infractions liées à la drogue déclarées en 2006 en Turquie et 88 % en République tchèque.

Le nombre d'infractions à la législation antidrogue a connu une croissance moyenne de 51 % entre 2001 et 2006 dans l'Union européenne, avec une tendance à la hausse pour deux tiers des pays déclarants et à la baisse pour les seules Slovénie et Norvège ([12]). Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'au cours de la même période, les délits liés à la consommation ont augmenté en proportion de toutes les infractions à la législation antidrogue dans la moitié des pays déclarants.

([9]) Pour un débat sur les liens entre drogues et criminalité, voir OEDT (2007b).
([10]) Voir tableau DLO-1 du bulletin statistique 2008.
([11]) Voir tableau DLO-2 du bulletin statistique 2008.
([12]) Voir figure DLO-2 et tableau DLO-4 du bulletin statistique 2008.

Les infractions liées à l'offre de drogues se sont, elles aussi, multipliées au cours de la période 2001-2006, mais bien moins rapidement, avec un accroissement moyen de 12 % dans l'Union européenne. Au cours de cette période, le nombre d'infractions liées à l'offre a augmenté dans plus de la moitié des pays déclarants et diminué dans quatre d'entre eux (l'Allemagne, Chypre, les Pays-Bas et la Slovénie) ([13]).

Tendances par drogue

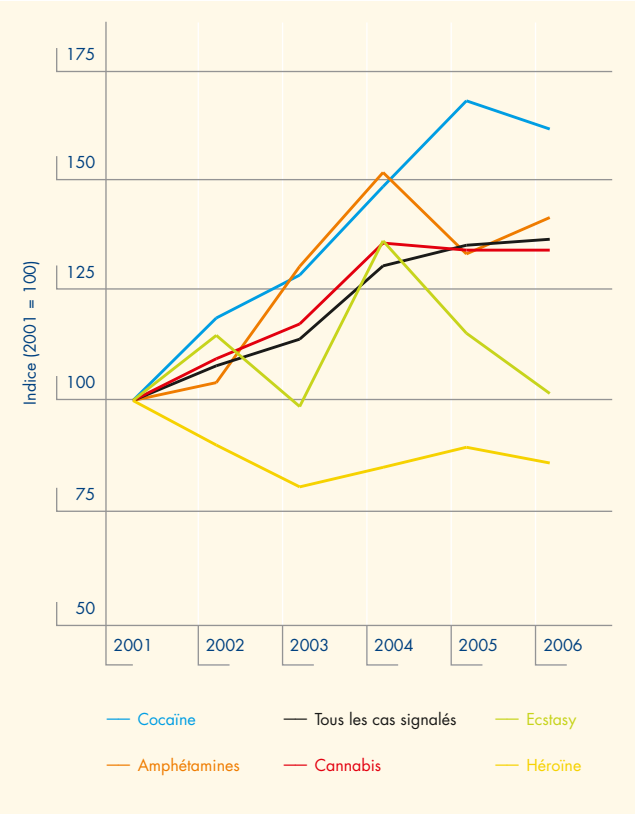
Dans la plupart des pays européens, en 2006, le cannabis restait la drogue illicite la plus souvent mentionnée dans les infractions liées à la drogue ([14]). Dans les pays où c'est le cas, les délits liés au cannabis représentaient de 36 à 86 % de l'ensemble des infractions liées à la drogue. Dans quelques pays, des drogues autres que le cannabis prédominaient dans les cas d'infractions liées à la drogue: en République tchèque, les méthamphétamines représentaient 60 % de toutes les infractions à la législation antidrogue; à Malte, les chiffres pour l'héroïne étaient de 41 %. Au Luxembourg, les infractions à la législation antidrogue se répartissaient à parts presque égales entre le cannabis, l'héroïne et la cocaïne.

Entre 2001 et 2006, le nombre d'infractions liées au cannabis est resté stable ou a augmenté dans la majorité des pays déclarants, ce qui s'est traduit par une croissance globale moyenne de 34 % au niveau de l'UE (voir la figure 2). Des tendances à la baisse ont toutefois été constatées en Bulgarie, en République tchèque (2002-2006) et en Slovénie ([15]).

Dans la période allant de 2001 à 2006, les infractions liées à la cocaïne ont augmenté dans tous les pays européens à l'exception de la Bulgarie, de l'Allemagne et de la Slovaquie. La moyenne de l'UE a cru de 61 % pendant cette même période.

Les infractions liées à l'héroïne pour la période comprise entre 2001 et 2006 donnent une image différente de celle associée au cannabis ou à la cocaïne, puisque dans l'ensemble, la consommation moyenne a reculé de 14 % dans l'Union européenne, surtout entre 2001 et 2003. Toutefois, pendant cette période, les tendances nationales des infractions liées à l'héroïne ont divergé, un tiers des pays indiquant des tendances à la hausse ([16]). Les tendances moyennes de l'UE en matière d'infractions liées aux amphétamines et à l'ecstasy ont connu un pic en 2004. Si la tendance des infractions liées aux amphétamines est restée croissante (augmentation moyenne de 41 % au cours de la période 2001-2006), la moyenne européenne relative

Figure 2 — Évolution des cas signalés d'infractions à la loi antidrogue dans les États membres de l'UE, 2001-2006



NB: Les tendances représentent les informations disponibles contenues dans les rapports nationaux sur les cas signalés d'infractions (pénales et non pénales) à la loi antidrogue déclarées par l'ensemble des autorités répressives des États membres de l'UE; toutes les séries sont indexées sur la base de 100 en 2001 et sont pondérées par les chiffres de population du pays pour donner la tendance globale au niveau de l'UE. Les nombres totaux d'infractions signalées en 2006 dans les pays intégrés dans les tendances (avant la pondération) étaient les suivants: amphétamines, 41 069; cannabis, 550 878; cocaïne, 100 117; ecstasy, 17 598; héroïne, 77 242; tous les cas signalés, 936 866. Les pays ne disposant pas de données pour deux années consécutives ou plus ne sont pas inclus dans les calculs des tendances: la tendance générale se base sur tous les pays de l'UE à l'exception du Royaume-Uni; la tendance pour le cannabis se base sur 18 pays, celle pour l'héroïne sur 17, celle pour les amphétamines sur 12 et celle pour l'ecstasy sur 13 pays. Pour obtenir davantage d'informations sur la méthodologie, voir la figure DLO-3 du bulletin statistique 2008.

Sources: Points focaux nationaux Reitox et, en ce qui concerne les chiffres de population, Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/).

à l'ecstasy a fluctué tout au long de la période, sans réel changement entre 2001 et 2006.

Recherche nationale en matière de drogue

Des recherches portant sur le problème de la drogue sont menées dans tous les pays européens, où elles fournissent des indications capitales pour décrire et comprendre l'impact des drogues illicites à l'échelle nationale. Sur

([13]) Voir tableau DLO-5 du bulletin statistique 2008.
([14]) Voir tableau DLO-3 du bulletin statistique 2008.
([15]) Voir tableau DLO-6 du bulletin statistique 2008. Pour une analyse complémentaire des infractions liées au cannabis, voir le chapitre 3.
([16]) Voir tableau DLO-7 du bulletin statistique 2008.

la base des rapports fournis par 25 États membres, par la Croatie et par la Norvège, il est possible de donner une vue d'ensemble de l'organisation de la recherche sur les drogues dans les pays européens. À une époque où l'importance des mesures basées sur des preuves est de plus en plus largement reconnue, il est intéressant de constater que 21 pays signalent que les résultats des recherches servent à éclairer la politique antidrogue, au moins dans une certaine mesure.

Coordination et financement

La recherche en matière de drogue est mentionnée dans la stratégie ou le plan d'action antidrogue national de 20 des 27 pays déclarants, soit sous la forme d'une rubrique spécifique soit sous la forme d'une référence à celle-ci en tant que composante essentielle des politiques basées sur les preuves; 15 des 27 pays déclarants possèdent, à l'échelon national, des structures destinées à coordonner la recherche liée à la drogue. Seuls cinq pays signalent que la recherche en matière de drogue n'est pas mentionnée dans leurs stratégies nationales ou qu'ils ne disposent pas d'une structure de coordination nationale à cet égard.

L'État est la principale source de financement de la recherche en matière de drogue dont font état les États membres, soit par le biais de programmes généraux de recherche, soit par le biais de programmes de recherche axés sur la drogue. La santé et les sciences sociales constituent deux des principaux domaines de recherche générale susceptibles de financer des travaux sur la drogue. Les fonds spécialement dédiés à la recherche en matière de drogue peuvent être mis à disposition par des agences de coordination nationale (République tchèque, Espagne, France, Luxembourg, Hongrie, Pologne, Portugal, Norvège). Les deux types de programmes de financement couplent généralement la recherche sur les drogues illicites avec d'autres assuétudes, telles que l'alcool, le tabac et les jeux d'argent. Les fonds sont pour la plupart mis à disposition par le biais de contrats de recherche ou de programmes-cadres pour lesquels les chercheurs posent leur candidature. Parmi les autres types de sources de financement, citons les fondations, les académies scientifiques, les institutions privées, les fonds spéciaux de lutte contre la drogue, la Commission européenne et les Nations unies.

Structures et projets

La majorité des pays déclarent que la recherche est principalement menée dans les universités et les centres spécialisés, dont certains accueillent des points focaux nationaux, suivis par les centres de recherche privés. Certains pays font état de réseaux de recherche nationaux (Allemagne, Espagne, Portugal). Ceux-ci peuvent jouer un rôle de premier plan dans l'organisation et le financement de la recherche, ainsi que promouvoir l'établissement de liens plus directs entre chercheurs et praticiens.

Parmi les principales études réalisées depuis 2000 par les États membres, plus de la moitié portait sur l'épidémiologie et environ un tiers sur la recherche appliquée (généralement des évaluations de mesures de prévention et de traitement). D'autres études ont également été citées, telles celles sur les facteurs déterminants, facteurs de risque et facteurs protecteurs en relation avec la toxicomanie, sur les conséquences de la toxicomanie ainsi que sur les mécanismes et effets de la drogue.

Du nouveau sur la recherche en matière de drogue

L'OEDT, par l'intermédiaire de son réseau de points focaux nationaux Reitox, a collecté des informations détaillées sur la recherche dans le domaine de la drogue réalisée dans les pays européens. Les informations fournies par les États membres comprennent une description des organismes de recherche nationaux et des accords de financement. Les États membres ont également fourni les listes des principales études réalisées depuis 2000 et identifié les publications et revues scientifiques et les sites web par lesquels les conclusions de la recherche en matière de drogue ont été diffusées dans leur pays. L'OEDT diffuse ces informations et bien d'autres par le biais de différents produits et canaux de diffusion (voir http://www.emcdda.europa.eu/themes/research).

Pour un examen plus approfondi de ce sujet, voir la question particulière 2008 consacrée à la recherche en matière de drogue (http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues).

La Commission européenne a commandé une analyse comparative approfondie des recherches réalisées sur les drogues illicites dans l'Union européenne. L'étude devrait fournir un aperçu des financements disponibles pour la recherche en matière de drogue auprès de l'Union européenne et des États membres, en se fondant sur les résultats de la question particulière consacrée à la recherche, et en élargissant le spectre pour inclure la recherche dans le domaine de la réduction de l'offre de drogues et de la sécurité. L'étude examinera l'infrastructure de recherche existante au sein des États membres et au niveau européen, et fera une comparaison avec d'autres régions, comme l'Amérique du Nord et l'Australie. Elle conclura en formulant des recommandations pour les options politiques visant à combler les lacunes dans les connaissances et à améliorer la coopération au niveau européen. Elle évaluera également les réseaux européens existants, y compris ceux de l'OEDT et de ses points focaux nationaux Reitox. Les résultats de cette étude seront présentés début 2009.

Des obstacles en matière de recherche liée à la drogue ont été signalés par plusieurs pays. Les problèmes suivants, notamment, ont été identifiés: aspects organisationnels, tels qu'un manque de coordination et de centralisation des ressources (Allemagne, France, Autriche), la pénurie de personnel qualifié (Lettonie, Hongrie) et des aspects méthodologiques (problèmes de protection des données, problèmes dans la prise de contact avec des populations peu visibles, manque de continuité des projets de recherche). Plusieurs pays identifient le peu de fonds disponibles pour la recherche en matière de drogue comme une contrainte majeure (Belgique, Grèce, Pologne, Roumanie, Finlande).

Dissémination

Au total, 25 revues européennes évaluées par des pairs spécialisées dans le domaine de la drogue et publiées dans 11 langues autres que l'anglais ont été identifiées. La majorité d'entre elles contiennent des résumés en anglais et sont ouvertes aux contributions internationales. Outre les publications spécialisées dans les drogues illicites et les assuétudes, des articles traitant de ces sujets sont aussi publiés dans des revues à comité de lecture dans des disciplines très diverses ainsi que dans des revues professionnelles. En 2006, plus de 100 revues européennes de ce type ont publié des résultats de recherche liés à la drogue. D'autres types de publications, dont celles des points focaux nationaux, jouent également un rôle de premier plan dans la dissémination.

Les points focaux nationaux Reitox jouent également un rôle important dans la dissémination des résultats de recherche dans tous les pays déclarants, principalement par le biais de leurs rapports nationaux.

Chapitre 2

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

Introduction

Ce chapitre présente une vue d'ensemble des réponses au problème de la drogue en Europe, et souligne, à chaque fois que c'est possible, les tendances, évolutions et questions de qualité. Les mesures passées en revue ici incluent la prévention, le traitement, la réduction des risques et la réinsertion sociale, qui, ensemble, forment un système complet de réduction de la demande. Ce chapitre propose également une révision des données disponibles concernant les besoins des toxicomanes en milieu carcéral, ainsi que des réponses existantes dans ce cadre spécifique. Par ailleurs, les défis futurs liés au suivi dans un autre champ de la politique antidrogue, à savoir la réduction de l'offre, sont également abordés brièvement.

Prévention

La prévention antidrogue s'articule autour de différents niveaux ou stratégies, de la prévention environnementale à la prévention indiquée, qui, idéalement, ne devraient pas interférer les uns avec les autres mais se compléter. La description qui suit de la situation et des tendances actuelles en Europe repose sur des données qualitatives relatives à la mise en œuvre d'une prévention universelle et sélective communiquées à l'OEDT en 2007 ([17]) ainsi que sur la littérature en matière de prévention indiquée (OEDT, 2008f).

Prévention universelle

En Europe, les objectifs de la prévention antidrogue universelle en milieu scolaire semblent avoir changé ces dernières années. En 2007, l'objectif le plus fréquemment mentionné pour les activités de prévention (12 pays déclarants sur 28) était de développer des compétences utiles dans la vie quotidienne. En 2004, pour la moitié des pays concernés (13/26), l'objectif était de sensibiliser les jeunes au problème et de les informer. La création d'environnements scolaires protecteurs, forme de mesure structurelle, était aussi davantage à l'ordre du jour en 2007 (six pays) qu'en 2004 (quatre pays). Les modifications constatées dans les objectifs mentionnés reflètent peut-être l'adoption d'une approche plus rationnelle et davantage en prise avec le terrain, mais il n'est pas possible de mesurer avec précision si ces objectifs correspondent à la couverture réelle de la prévention.

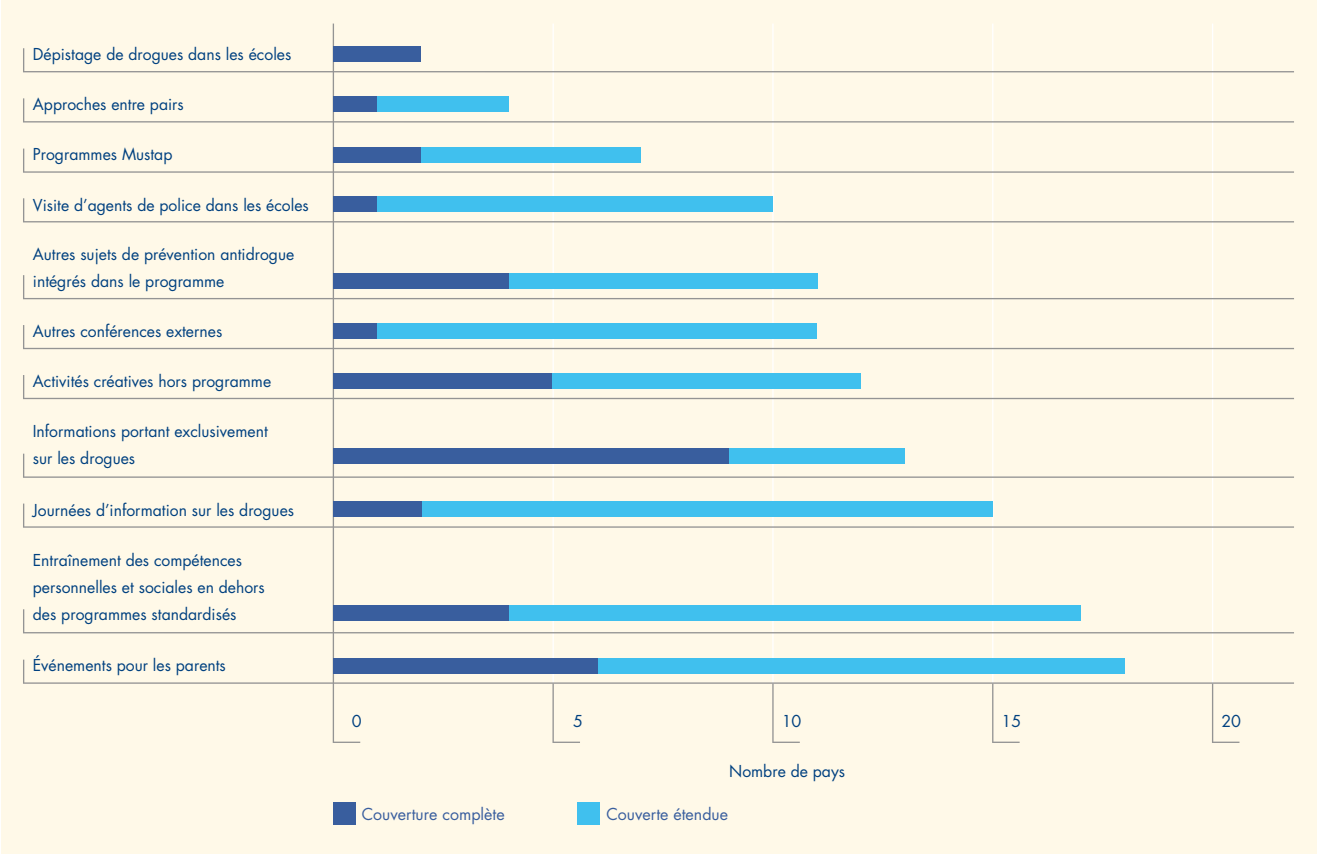
Améliorer le suivi de la réduction de l'offre de drogues

La réduction de l'offre de drogues peut être définie comme l'ensemble des activités visant à empêcher que les drogues illicites arrivent jusqu'aux consommateurs. Elles peuvent comprendre des instruments tels que des conventions internationales, des dispositions légales et politiques européennes et nationales, ainsi que des actions s'attaquant aux divers processus et acteurs impliqués dans la production et le trafic des drogues illicites, mais également dans le détournement ou la fabrication illicite de substances licites (médicaments, précurseurs chimiques) à des fins illicites et dans le blanchiment de l'argent de la drogue. Les activités de répression, les initiatives de développement alternatif et les projets visant à prévenir la criminalité liée à la drogue contribuent tous à la réduction de l'offre de drogues. Le suivi et l'analyse constituent, comme c'est le cas pour la réduction de la demande de drogues, un soutien important pour ces activités et leur évaluation.

De récentes collectes de données effectuées dans le cadre des examens annuels de l'état d'avancement du plan d'action drogue de l'UE et de la révision de l'UNGASS (voir le chapitre 1) ont révélé un tableau contrasté concernant la disponibilité de données relatives à la réponse apportée dans le domaine de la réduction de l'offre. Les activités liées à des projets internationaux sont généralement bien documentées, tandis que les données sur les activités réalisées au niveau national sont souvent difficilement accessibles et comparables. La Commission européenne, Eurostat, Europol et l'OEDT travaillent à l'amélioration de cette situation dans le cadre du prochain plan d'action drogue de l'UE (2009-2012). Les cadres conceptuels et les systèmes d'information existants, ainsi que les sources d'information potentielles pour le suivi et l'analyse des activités de réduction de l'offre réalisées dans les États membres doivent être examinés. Il est également nécessaire de mieux comprendre les marchés de la drogue, en particulier les accords de fourniture et de distribution, dans leurs dimensions économique et sociale. Deux études financées par la Commission européenne vont explorer les systèmes et sources d'information sur la réduction de l'offre de drogues et les marchés internationaux de la drogue.

([17]) Les données ont été fournies par les experts nationaux des États membres.

Figure 3 — Types d'intervention les plus fréquents dans la prévention universelle en milieu scolaire



NB: Mustap: programmes multisessions standardisés avec documentation imprimée.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Les manifestations destinées aux parents et stratégies visant la seule fourniture d'informations (journées d'information, visites d'experts ou d'agents de police dans les écoles) font partie des types de mesures en milieu scolaire dont font état la plupart des pays (voir la figure 3). L'efficacité de ces mesures est toutefois sujette à caution. En revanche, parmi les mesures davantage fondées sur des preuves, certaines ne sont mentionnées que par quelques pays. Citons, à titre d'exemples, les programmes normalisés, les approches normatives basées sur les pairs ou les mesures spécifiquement ciblées sur les garçons. Toutes ces activités visent à améliorer les compétences communicatives, à accroître les aptitudes à la gestion des conflits, du stress et des frustrations ou à rectifier les préjugés normatifs concernant la consommation de drogue. La prédominance généralisée de mesures peu basées sur les preuves est peut-être due au fait que celles-ci requièrent moins de ressources et moins de formation des équipes pédagogiques.

Outre les activités ciblant spécifiquement la consommation de drogues, des mesures structurelles sont également menées dans les écoles. Destinées à créer un environnement social protecteur et normatif, celles-ci visent à influencer les choix des jeunes concernant la consommation de drogue (Toumbourou et al., 2007). Cette approche correspond aux politiques de prévention générales qui, de plus en plus, prévoient des règles plus strictes en matière de tabac et d'alcool en milieu scolaire. À cet égard, vingt pays font état d'une interdiction totale de la cigarette dans toutes les écoles, et dix-huit d'une couverture complète ou étendue ([18]) des politiques antidrogue dans les écoles. En Europe centrale et occidentale, surtout, les États membres indiquent avoir mis en œuvre des mesures structurelles visant à réduire la consommation de tabac et d'alcool dans les écoles. Ces mesures de prévention peuvent également être complétées par d'autres mesures structurelles, telles que l'amélioration de la conception des bâtiments scolaires et de la vie à l'école.

La prévention dans le cercle familial est une autre approche très courante. Onze pays indiquent s'être dotés d'une couverture complète ou étendue pour les réunions et soirées familiales. Comme la prévention en milieu scolaire, la prévention dans le cercle familial semble se concentrer

([18]) Couverte étendue: l'intervention est menée à bien dans une majorité d'établissements où la taille de la population cible est suffisante pour sa mise en œuvre. Couverture complète: l'intervention est disponible dans pratiquement tous les établissements où la taille de la population cible est suffisante pour sa mise en œuvre.

essentiellement sur l'information. Une formation et un encadrement intensifs des familles, approche qui a fait ses preuves dans différentes études (Petrie et al., 2007), sont proposés de manière limitée, sept pays seulement faisant état d'une couverture maximale.

Prévention sélective

La prévention sélective est guidée par des indicateurs sociodémographiques, tels que le chômage, la délinquance et le décrochage scolaire. Elle est axée sur des groupes, familles ou communautés spécifiques, dont les membres, du fait de leurs faibles liens sociaux ou ressources, sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance.

Treize pays indiquent que la majeure partie de leurs mesures de prévention dans le cercle familial est sélective. Toutefois, les critères de risque majeurs des familles font rarement l'objet d'une intervention en Europe. Sur les 30 pays déclarants, seuls sept disent s'être dotés d'un programme complet ou étendu de mesures concernant la consommation de substances dans les familles, et cinq mener des actions dans le cadre des conflits familiaux et des cas de négligence. Par ailleurs, quatre pays ont mentionné les catégories suivantes de mesures: résorption des handicaps sociaux (par exemple chômage), contribution à la résolution des problèmes pénaux ou assistance aux familles marginalisées issues de minorités ethniques. En outre, seuls trois pays répondent aux besoins des familles confrontées à des problèmes de santé mentale.

Les facteurs de risque des groupes de jeunes vulnérables, tels que les délinquants juvéniles, les sans-abri, les jeunes en décrochage scolaire, les jeunes défavorisés ou les jeunes issus de minorités ethniques, font également rarement l'objet de mesures, en dépit de leur importance politique croissante. Depuis 2004, de plus en plus de politiques antidrogues identifient ces problèmes comme les cibles principales des mesures de prévention, mais la couverture en la matière ne s'est pas accrue depuis lors. La question particulière 2008 relative aux jeunes vulnérables fournit des informations plus détaillées à cet égard.

Prévention indiquée

La prévention indiquée vise à identifier les personnes présentant des problèmes comportementaux ou psychologiques donnant à penser qu'ils pourraient tomber dans la toxicomanie à un stade ultérieur, et à les cibler individuellement par le biais de mesures spéciales. Parmi ces personnes, citons les jeunes en décrochage scolaire ainsi que ceux présentant des troubles psychiatriques, un comportement antisocial ou de premiers signes de toxicomanie. Un rapport récemment publié par l'OEDT (2008f) présente des études longitudinales décrivant des parcours à problèmes, des études neurocomportementales et la connaissance sans cesse plus grande de la plasticité du cerveau et du rôle des neurotransmetteurs. Il met également en exergue les résultats de mesures communiqués par les États membres.

Les enfants présentant des troubles du comportement, tels qu'un trouble de déficit d'attention (hyperactivité) coexistant avec des troubles de la conduite, présentent un risque accru de développer un problème de toxicomanie. Une intervention précoce auprès de ces enfants exige une étroite coopération entre services médicaux, sociaux et de la jeunesse. Le concept allemand de traitement multimodulaire, par exemple, offre à la fois des conseils aux parents et aux éducateurs, un soutien médical, psychothérapeutique et psychosocial ainsi qu'une aide pédagogique au jardin d'enfants et à l'école. L'approche irlandaise de l'éducation ciblée et du conseil psychosocial pour les jeunes, principalement destinée à prévenir des problèmes de développement à l'école, dans les établissements pédagogiques et dans la famille, a livré des résultats d'évaluation globalement positifs. Aux Pays-Bas, une étude sur les effets préventifs à long terme du traitement des comportements perturbateurs chez les préadolescents (entre 8 et 13 ans) a révélé que la

Drogues et groupes de jeunes vulnérables — Question particulière OEDT 2008

Les jeunes de certains groupes risquent de devenir des exclus sociaux et, si cela se produit, ils sont plus susceptibles de consommer de la drogue ou de connaître des problèmes liés à la consommation de drogue. En centrant les interventions destinées à réduire la consommation de drogue et les dommages liés à la drogue sur certains groupes, les chances de faire face aux besoins de ce groupe peuvent être accrues, de même que les chances de réussite de l'intervention. Cette question particulière fournit des informations en profondeur sur les facteurs de risque et les profils de vulnérabilité de groupes spécifiques et explore les problèmes liés à la drogue et à la consommation de drogue dans ces groupes. Elle étudie les conséquences de la vulnérabilité liée à l'absentéisme scolaire, aux échecs scolaires, aux handicaps sociaux, aux problèmes familiaux et à la délinquance. Les réponses spécifiques aux problèmes liés à la drogue et à la consommation de drogue dans les groupes vulnérables y sont également abordés, de même que les questions de législation, prévention et traitement.

Cette question particulière est disponible en format imprimé ou sur l'internet, uniquement en langue anglaise (http://emcdda.europa.eu/publications/selected-issues).

thérapie comportementale manualisée présentait des résultats de suivi bien meilleurs en matière de tabagisme et de consommation de cannabis que les traitements traditionnels (Zonnevylle-Bender et al., 2007).

Efficacité et risques des mesures

La consommation de drogues chez les enfants et dans le cercle familial reste la priorité de la prévention ciblée en Europe. Un grand nombre d'études sur les éléments prédictifs de nature sociale et neurocomportementale de la toxicomanie montrent que les efforts de prévention non ciblés sur la drogue peuvent également avoir un effet sur celle-ci. Tant la prévention sélective que la prévention indiquée peuvent atténuer l'effet d'un handicap de développement précoce, sa traduction dans une marginalisation sociale et l'évolution subséquente vers la toxicomanie. Plusieurs études de recherche ont montré que les actions menées au cours des premières années de la scolarité dans le but d'améliorer l'environnement pédagogique et de réduire l'exclusion sociale ont également un impact modérateur sur la consommation ultérieure de substances (Toumbourou et al., 2007).

L'efficacité générale de la prévention en milieu scolaire a été remise en question (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Toutefois, la littérature récente ([19]) montre que certaines de ses composantes, telles que l'accent mis sur les mythes normatifs et les aptitudes à la vie quotidienne, semblent porter leurs fruits. Ainsi, l'étude EU-Dap study, un essai européen contrôlé randomisé, cofinancé par la Commission européenne et destiné à développer et à évaluer un programme de prévention en milieu scolaire, affiche des résultats positifs ([20]). Il ressort d'une étude de suivi que, quinze mois après l'intervention, l'effet du programme restait stable, avec une fréquence moindre des états d'ébriété et de la consommation de cannabis observée chez les participants. Le programme «Unplugged» utilisé au cours du test remettait en question les normes en matière d'acceptation et les mythes quant à la prévalence de l'utilisation de substances chez les jeunes.

La prévention doit être efficace, mais elle doit également être sûre — il convient de réduire au minimum ses effets indésirables. Par conséquent, les risques d'effets négatifs doivent être minutieusement examinés lors de la conception et de l'évaluation des mesures. Cet aspect est particulièrement important pour la prévention universelle en milieu scolaire, qui est fournie à une population cible très vaste et diversifiée. Par exemple, la seule fourniture d'informations sur les effets de la drogue, approche répandue en Europe, est non seulement inefficace, mais elle comporte également des risques d'effets indésirables (Werch et Owen, 2002). Il en va de même pour les campagnes menées dans les mass médias, qui peuvent comporter le risque d'accroître la propension à la consommation de drogue ([21]).

L'une des manières de s'assurer que les programmes de prévention sont basés sur des preuves et que les risques d'effets indésirables sont aussi réduits que possible consiste à développer des normes pour la fourniture et le contenu des projets de prévention. Le nombre d'États membres faisant état de normes en matière de conception et d'évaluation des projets est passé de trois en 2004 à neuf en 2007. Plusieurs États membres signalent avoir développé des processus de certification afin de garantir la qualité des programmes et l'utilisation efficace des ressources issues de budgets publics (République tchèque, Hongrie, Pologne, Portugal). Ainsi, en République tchèque, la certification des activités de prévention est un prérequis à l'obtention de subventions publiques.

Le portail des meilleures pratiques de l'OEDT

Cette année, l'OEDT a lancé le premier module de son portail web sur les meilleures pratiques pour les interventions liées à la drogue (prévention, traitement, réduction des risques et réinsertion sociale). Ce portail présente un aperçu des dernières données sur l'efficacité et l'efficience de différentes interventions, en proposant des outils et normes visant à améliorer la qualité des interventions, ainsi qu'en mettant en lumière des exemples d'évaluation de pratiques aux quatre coins de l'Europe. Il vise les praticiens, les décideurs politiques et les chercheurs dans le domaine des drogues et adopte résolument une vision européenne.

Le premier module du portail se concentre sur la prévention universelle, et plus particulièrement sur les preuves d'efficacité en se fondant sur différents examens publiés depuis 2000. Pour consulter les conclusions en détail, voir http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice

Le portail fournit des informations sur l'efficacité de différentes interventions, mais il convient de noter que la base de données reste parfois limitée et que la prudence est de mise lorsqu'il faut poser des choix entre différentes interventions. Par ailleurs, si les essais comparatifs mesurent l'efficacité des programmes, le succès de certaines interventions dans différentes situations reste sujet à question. La nouvelle édition de la base de données EDDRA, disponible sur le portail, fournit des exemples d'interventions évaluées dans différents pays et cadres, et peut apporter une orientation supplémentaire.

([19]) Voir le portail des meilleures pratiques: http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice
([20]) http://www.eudap.net
([21]) Voir le chapitre 3 du présent rapport, de même que le rapport annuel 2007.

Traitement

La présente section vise à fournir un aperçu du traitement des toxicomanes en Europe, en décrivant l'organisation et la prestation des services.

Organisation

En règle générale, dans les États membres de l'Union, les services de traitement des toxicomanes sont essentiellement assurés par le secteur public, bien que les organisations non gouvernementales (ONG) puissent jouer un rôle comparable (sept États membres), voire être le principal prestataire de ces soins (cinq États membres). Les médecins généralistes jouent eux aussi un rôle important et sont, dans certains pays, des fournisseurs clés des traitements de substitution. Le secteur privé est également impliqué dans certains pays, essentiellement dans les soins en milieu hospitalier. Néanmoins, dans la plupart des cas, le financement des soins aux toxicomanes est assuré par les deniers publics ou lié aux assurances sociales ou aux assurances de soins de santé.

Fourniture

Les soins aux toxicomanes sont dispensés dans divers contextes, centres de soins ambulatoires, milieu hospitalier, cabinets de médecine générale, services à bas seuil ou prisons. Les soins ambulatoires, y compris ceux prodigués dans les cabinets de médecine générale, représentent la principale source de traitement de la toxicomanie en Europe. Ce phénomène est essentiellement dû au fait que c'est généralement dans ce cadre que sont délivrés les traitements de substitution. Les toxicomanes commençant à suivre un traitement dans un cadre ambulatoire ont, à en croire les derniers chiffres de l'indicateur de demandes de traitement, en moyenne autour de 30 ans et sont essentiellement de sexe masculin ([22]). Près d'un tiers viennent de leur propre chef, 22 % sont contraints de suivre un traitement par le système judiciaire, avec une tendance à la hausse ces dernières années, et les autres sont envoyés par les services sanitaires et sociaux ou des réseaux d'information informels ([23]).

La moitié des patients commençant un traitement dans un cadre ambulatoire font état d'une consommation primaire d'opiacés, contre 21 % et 16 %, respectivement, de consommateurs primaires de cannabis et de cocaïne. L'accroissement de la proportion de patients, et surtout de nouveaux patients, envoyés en traitement pour des problèmes liés à des drogues autres que des opiacés reflète peut-être une amélioration dans la disponibilité des traitements pour les consommateurs de cannabis et de cocaïne dans plusieurs États membres, ainsi qu'une augmentation du nombre de consommateurs de ces drogues désireux de suivre un traitement (voir les chapitres 3 et 5). Toutefois, la disponibilité générale de services spécifiquement ciblés sur les besoins des consommateurs de non-opiacés reste limitée.

Le traitement en milieu hospitalier a principalement pour cadre les communautés thérapeutiques, les hôpitaux psychiatriques et les services spécialisés d'hôpitaux généraux. Les services proposés vont de la désintoxication à court terme à des programmes de traitement psychiatrique basé sur l'abstinence de longue durée. Les services en établissement conviennent particulièrement bien aux toxicomanes présentant des besoins thérapeutiques complexes, du fait de la coexistence de problèmes de santé physique et mentale. Les patients traités en milieu hospitalier présentent, en moyenne, un profil analogue à ceux des soins ambulatoires: ils ont autour de 30 ans, sont essentiellement des hommes et commencent un traitement pour une consommation primaire d'opiacés ([24]). La proportion de patients toxicomanes sans emploi ni logement stable est, toutefois, plus élevée chez les patients en milieu hospitalier, et ce dans la plupart des pays où une telle comparaison était possible ([25]).

Historiquement, les services de traitement de la dépendance à la drogue ont toujours été orientés sur les besoins des consommateurs d'opiacés, qui restent le principal groupe de toxicomanes sous traitement. Dans la majorité des États membres, la principale option de ces patients réside dans un traitement de substitution allié à des soins psychosociaux. Suite à l'introduction d'un traitement fortement dosé à la buprénorphine à Chypre en 2007, un traitement de substitution est désormais disponible dans tous les États membres, ainsi qu'en Croatie et en Norvège ([26]). En Turquie, aucun traitement de substitution n'a encore été introduit, bien que cette option soit autorisée en vertu d'un règlement de 2004 portant sur les centres de traitement. Après la méthadone, la buprénorphine est le deuxième substitut aux opiacés le plus prescrit, et son utilisation dans le traitement de la dépendance aux opiacés n'a cessé de croître ces dernières années (voir le chapitre 6). Cette option thérapeutique est désormais disponible dans tous les États membres, à l'exception de la Bulgarie, de la Hongrie et de la Pologne. En 2006, on estime à 600 000 le nombre de consommateurs d'opiacés ayant reçu un traitement de substitution en Europe, avec une augmentation par rapport à l'année précédente dans 16 des 22 pays ayant fourni des données.

([22]) Voir tableaux TDI-10 (partie iii) et TDI-21 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([23]) Voir tableau TDI-16 du bulletin statistique 2008.
([24]) Voir tableaux TDI-10 (partie vii) et TDI-21 (partie iv) du bulletin statistique 2008.
([25]) Voir tableaux TDI-13 et TDI-15 du bulletin statistique 2008.
([26]) Voir tableaux HSR-1 et HSR-2 du bulletin statistique 2008.

Réduction des risques

La prévention et la réduction des risques liés à la drogue est un objectif de santé publique dans tous les États membres, de même que l'une des priorités de la stratégie et du plan d'action antidrogue de l'UE (Commission européenne, 2007a). Les principales mesures en la matière sont le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PES), qui ciblent les décès par overdose et la propagation de maladies infectieuses. Ces mesures sont mentionnées comme étant disponibles dans tous les pays à l'exception de la Turquie (voir aussi les chapitres 6 et 8) et, bien qu'il existe des différences considérables dans la portée et les niveaux des services, la tendance générale en Europe est au renforcement et à la consolidation des mesures de réduction des risques.

En outre, la plupart des pays fournissent divers services sanitaires et sociaux dans des agences à bas seuil. Toutefois, certains pays indiquent que la mise en œuvre de mesures de réduction des risques a été retardée par le manque de soutien politique. En Grèce, l'expansion des services à bas seuil et des traitements de substitution est au point mort; les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues en Roumanie et en Pologne ont fait l'objet de coupes en 2006, après que les financements externes ont cessé. Le seul programme d'échange d'aiguilles et de seringues de Chypre n'est pas soutenu par les autorités. En Hongrie, où les PES et le travail sur le terrain ont été renforcés, une étude réalisée auprès de la population qui ne suit pas de traitement suggère que la couverture de ces programmes reste insuffisante et que les obstacles à l'accès sont nombreux.

Du fait du profil spécifique des États baltes et de la Roumanie eu égard au VIH/sida, les donateurs internationaux continuent à jouer un rôle important dans ces pays. Le soutien financier des activités de réduction des risques est assuré par le programme du Fonds mondial destiné à la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose, alors qu'en Estonie, en Lituanie et en Lettonie, l'ONUDC a récemment lancé un projet de prévention et de traitement du VIH/sida chez les consommateurs de drogue par injection et dans les établissements pénitentiaires.

Enfin, certains États membres ont récemment examiné les conséquences de l'introduction de mesures visant à réduire les risques. En France, la baisse observée des taux de mortalité chez les toxicomanes a coïncidé avec l'introduction de la trithérapie, la mise en place d'une politique de réduction des risques et la mise à disposition de traitements de substitution aux opiacés. En Espagne, la diminution du nombre de consommateurs de drogue par injection, associée à un accès facilité aux traitements d'entretien à la méthadone, est allée de pair avec un recul des maladies infectieuses et des décès liés à la drogue chez les toxicomanes (De la Fuente et al., 2006). Au Portugal, les données disponibles montrent une stabilisation des maladies infectieuses, probablement imputable en partie à une plus grande disponibilité des réponses en matière de réduction des risques et de traitement.

Réinsertion sociale

Les toxicomanes en traitement sont souvent des chômeurs et des sans-abri. De tels désavantages tendent également à être plus répandus chez certains groupes de toxicomanes, surtout chez les femmes, les héroïnomanes et les consommateurs de crack, les membres de minorités ethniques et les personnes présentant une comorbidité avec des problèmes psychiatriques.

La réinsertion sociale est reconnue comme une composante essentielle des stratégies globales de lutte contre la drogue, et elle peut être appliquée à n'importe quel stade de la toxicomanie et dans différents cadres. Les objectifs des mesures de réinsertion sociale peuvent être réalisés par le renforcement des capacités, l'amélioration des aptitudes sociales, des actions visant à faciliter et à promouvoir l'emploi ou encore à obtenir ou à améliorer les logements. En pratique, les services de réinsertion peuvent proposer une orientation professionnelle, des stages professionnels et une aide au logement, tandis que les mesures en milieu carcéral peuvent mettre les détenus en relation avec des services de logement communautaire et d'assistance sociale en vue de leur libération.

Le non-accès au logement, tout comme le fait de vivre dans des conditions précaires, est l'une des formes les plus graves d'exclusion sociale auxquelles sont confrontés les toxicomanes, et touchent environ 10% des consommateurs de drogue qui ont commencé un traitement en 2006 ([27]). Si une aide au logement est proposée aux patients suivant un traitement pour toxicomanie dans de nombreux pays, des lacunes sont également rapportées, et deux pays indiquent qu'il est difficile pour les toxicomanes d'avoir accès aux services généraux destinés aux sans-abri auxquels ont traditionnellement recours les alcooliques (Irlande, Italie). De nouvelles mesures susceptibles de mieux répondre aux besoins en logements des toxicomanes ont été prises dans trois pays (Belgique, Danemark, Pays-Bas), dans lesquels les infrastructures destinées aux sans-abri consommateurs de substances de longue date sont centralisées, et des centres de soins spécialisés sont ouverts pour les toxicomanes présentant une comorbidité ou un comportement à problèmes.

([27]) Voir tableau TDI-15 du bulletin statistique 2008.

Aider les patients en traitement à trouver un emploi est un élément clé de la réinsertion sociale, puisque qu'un patient sur deux est sans emploi ([28]). De nouvelles approches visant à les aider à trouver et à conserver un emploi ont montré leur efficacité, parmi celles-ci: «programmes d'encadrement», emplois subventionnés (également possibles en Lituanie depuis 2006) et coaching spécial d'employeurs et de travailleurs, tel que celui proposé dans le cadre du projet «Ready for work» en Irlande, ou diverses «agences pour l'emploi» ou «agences sociales» en République tchèque.

Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral

Les prisons sont un lieu important où proposer des mesures sanitaires et sociales aux toxicomanes. Dans cette section, nous passerons en revue des données relatives à la consommation de drogue et aux toxicomanes dans les prisons européennes, ainsi que des informations récentes sur la fourniture de services aux consommateurs de drogue incarcérés et sur les nouvelles lois en matière de traitement de la toxicomanie en milieu carcéral.

Consommation de drogue

Les données issues de diverses études continuent à faire état d'une surreprésentation des toxicomanes dans les prisons européennes, en proportion de la population générale. Des études réalisées entre 2001 et 2006 montrent que la proportion de détenus ([29]) déclarant avoir un jour consommé des drogues illicites varie considérablement entre populations carcérales, centres de détention et prisons, oscillant entre un tiers ou moins (en Bulgarie, en Hongrie et en Roumanie), plus de 50 % dans la plupart des études et jusqu'à 84 % dans une prison de femmes en Angleterre et au pays de Galles. Le cannabis reste la drogue illicite la plus fréquemment évoquée par les détenus, avec une prévalence au cours de la vie allant jusqu'à 78 %. Bien que les estimations de consommation au cours de la vie d'autres substances soient très faibles dans certaines prisons (jusqu'à 1 %), certaines études font état de 50 à 60 % pour l'héroïne, les amphétamines ou la cocaïne parmi les détenus ([30]). Il est aussi possible que les formes les plus dommageables de toxicomanie soient concentrées chez les détenus, certaines études indiquant que plus d'un tiers des personnes interrogées se sont déjà injecté de la drogue ([31]).

Le fait que les drogues entrent dans la plupart des prisons, en dépit de toutes les mesures prises pour réduire l'approvisionnement, est reconnu tant par les experts du milieu carcéral que par les décideurs politiques. Les études réalisées entre 2001 et 2006 en Europe montrent qu'entre 1 et 56 % des détenus rapportent avoir consommé de la drogue en prison, et jusqu'à un tiers s'en sont injecté ([32]). Ceci soulève des inquiétudes quant à la propagation potentielle de maladies infectieuses, surtout dans le cadre de l'utilisation commune du matériel d'injection.

La population carcérale dans l'Union européenne compte plus de 607 000 personnes ([33]), avec une rotation annuelle estimée à plus de 860 000 détenus. Dans la plupart des pays, la part des détenus condamnés pour une violation de la législation antidrogue est comprise entre 10 et 30 %. En se fondant sur les données disponibles, on peut estimer à plus de 400 000 le nombre de personnes consommant ou ayant consommé des drogues illicites dans les prisons européennes chaque année. Et parmi celles-ci se trouve une proportion considérable de toxicomanes à problèmes. Les besoins en soins de santé de cette importante population de toxicomanes ou anciens toxicomanes dans les prisons européennes, seront, dans une certaine mesure, déterminés par les problèmes sanitaires liés à la consommation de drogue, et notamment aux maladies infectieuses comme les hépatites B et C et le VIH/sida (voir le chapitre 7).

Soins de santé

Dans la plupart des pays, les soins de santé en milieu carcéral relèvent de la compétence du ministère de la justice. Toutefois, les choses changent, et dans un nombre croissant de pays européens, cette responsabilité est transférée au système de soins de santé [en France, en Italie, au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), en Norvège]. En Espagne, des services complets à l'intention des toxicomanes sont développés dans toutes les prisons, conformément au plan d'action de la stratégie antidrogue nationale (2000-2008). Ils se fondent sur un protocole de coopération signé en 2005 entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur. Dans d'autres pays, pour répondre aux besoins du nombre croissant de toxicomanes incarcérés, les prisons ont mis en place une coopération avec les services de santé publique et des agences non gouvernementales spécialisées dans la lutte contre la drogue.

Les mesures visant les détenus qui consomment de la drogue se sont multipliées dans l'Union européenne. Contrairement à la situation d'il y a cinq ans, la plupart

([28]) Voir tableau TDI-20 du bulletin statistique 2008.
([29]) Le terme «détenus» est utilisé au sens large. Il couvre à la fois les personnes en détention provisoire et les personnes condamnées et incarcérées.
([30]) Voir tableau DUP-1 du bulletin statistique 2008.
([31]) Voir tableau DUP-2 du bulletin statistique 2008.
([32]) Voir tableaux DUP-3 et DUP-4 du bulletin statistique 2008.
([33]) Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe (SPACE), basées sur une enquête de la population carcérale au 1er septembre 2006.

des pays font désormais état d'activités dans les domaines suivants: informations liées à la drogue et prévention; dépistage des maladies infectieuses et campagnes de vaccination; traitement contre la dépendance à la drogue, dont les traitements de substitution. En outre, ces mesures sont désormais plus largement disponibles dans les pays. Des traitements de substitution en milieu carcéral sont officiellement disponibles dans tous les pays, à l'exception de la Bulgarie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie, de Chypre, de la Slovaquie et de la Turquie, bien que, dans de nombreux pays, l'accessibilité globale de cette option thérapeutique reste limitée. L'Espagne est actuellement le seul pays européen à proposer une vaste gamme de mesures de réduction des risques en milieu carcéral.

En 2006, seuls quatre États membres ont communiqué des données sociodémographiques et des informations sur les modes de consommation de drogue chez les détenus en traitement par le biais de leur système national de suivi des traitements. En France, à Chypre et en Slovaquie, c'est un opiacé, généralement l'héroïne, qui est le plus souvent mentionné comme drogue primaire par ceux qui entament un traitement, alors qu'en Suède, ce sont les amphétamines, ce qui reflète largement les modes de consommation de drogues problématiques dans ce pays.

Législation récente sur le traitement pour toxicomanie dans les prisons

En 2006 et début 2007, six pays ont révisé leurs cadres et directives légaux affectant le droit des prisonniers à un traitement pour toxicomanie.

En Belgique, une directive de 2006 du ministre de la justice indique que les détenus ont droit à la même gamme d'options thérapeutiques que les personnes libres. Dans le même temps, en Irlande, de nouvelles directives pour l'administration pénitentiaire soulignent les standards de soin pour les services de traitement, qui devraient être comparables à ceux disponibles dans la communauté, tout en étant adaptés au cadre pénitentiaire.

Au Danemark, un amendement législatif datant de janvier 2007 permet aux toxicomanes emprisonnés d'obtenir le traitement gratuit de leur toxicomanie. La loi stipule que le traitement devrait normalement commencer dans les 14 jours suivant la requête du prisonnier auprès de l'administration pénitentiaire et de réinsertion danoise. Toutefois, ce droit n'est pas octroyé si le délinquant doit être relâché dans les trois mois, s'il est considéré comme inapte au traitement ou si sa motivation n'est pas réelle.

En Roumanie, une nouvelle base légale pour l'établissement d'un traitement de substitution dans les prisons a été créée en mai 2006 par un arrêté ministériel commun des ministres de la justice, de la santé publique et de l'administration et des affaires internes concernant la continuation de programmes d'aide médicale, psychologique et sociale pour les détenus.

En Norvège, une circulaire de 2006 des ministères de la justice, de la santé et des affaires sociales a renforcé la coopération entre les deux secteurs, dans l'objectif de fournir un meilleur suivi pendant et après l'exécution des peines. Plus spécifiquement, en Slovaquie, une loi de 2006 a permis la fourniture de services psychologiques aux toxicomanes en détention préventive présentant un état de manque. L'objectif de cette loi est de fournir ces services aux toxicomanes lorsqu'ils en ont le plus besoin, à savoir au moment du sevrage forcé dès la mise en détention. Elle a également créé un cadre légal permettant de soutenir les unités spéciales de traitement existant pour les toxicomanes condamnés.

Chapitre 3
Cannabis

Introduction

Le paysage européen du cannabis a considérablement évolué ces dix dernières années, tout comme le débat relatif à la réponse à donner à l'usage répandu de cette drogue. Pendant la première moitié des années 90, quelques pays faisaient état d'une prévalence élevée, alors que la norme européenne correspondait à un taux de consommation qui, aujourd'hui, semblerait bas. Dans pratiquement tous les pays, la consommation de cannabis a augmenté au cours des années 90 et au début des années 2000, débouchant aujourd'hui sur une image européenne beaucoup plus uniforme, même s'il subsiste des différences d'un pays à l'autre. Par ailleurs, ces dernières années ont vu une prise de conscience croissante des implications pour la santé publique de la consommation répandue et à long terme de cette drogue, ainsi qu'une hausse du nombre des demandes de traitement enregistrées pour des problèmes liés au cannabis. À l'heure actuelle, l'Europe pourrait bien entrer dans une nouvelle phase, puisque les données indiquent une stabilisation, voire une baisse de la consommation. Celle-ci reste toutefois élevée par rapport aux niveaux passés, et les éléments constitutifs d'une réponse efficace à la consommation de cannabis sont toujours une question clé du débat sur les drogues en Europe.

Offre et disponibilité

Production et trafic

Le cannabis peut être cultivé dans des environnements très divers et pousse à l'état sauvage dans de nombreuses régions du monde. À l'heure actuelle, on estime à 172 le nombre de pays et territoires où la plante est cultivée (ONUDC, 2008) ([34]). Considérés dans leur globalité, ces faits signifient qu'il est sans doute très difficile de fournir des estimations relativement précises quant à la production mondiale de cannabis. Les derniers chiffres de l'ONUDC concernant la production mondiale de cannabis végétal sont de l'ordre de 41 600 tonnes (2006), dont plus de la moitié aux Amériques (Amérique du Nord et du Sud) et près d'un quart en Afrique (ONUDC, 2008).

La forte dispersion de la culture du cannabis signifie aussi qu'une part importante du trafic est susceptible d'être intrarégional. C'est le cas pour une partie du cannabis végétal en Europe, où, outre la production domestique ([35]), l'Albanie et les Pays-Bas sont apparus comme des pays sources (rapports nationaux Reitox). Selon les rapports, le cannabis végétal que l'on trouve en Europe provient aussi d'autres régions du monde, dont: l'Afrique occidentale et australe (Nigeria, Angola), l'Asie du Sud-Est (Thaïlande), l'Asie du Sud-Ouest (Pakistan) et les Amériques (Colombie, Jamaïque) (CND, 2008; Europol, 2008).

La production mondiale de résine de cannabis était estimée à 6 000 tonnes en 2006, contre 7 500 tonnes en 2004 (ONUDC, 2007a). Le Maroc en restait le principal acteur international. La superficie consacrée à la production de résine de cannabis y a toutefois reculé de 134 000 hectares en 2003 à 76 400 hectares en 2005, pour une production de 1 066 tonnes (ONUDC et gouvernement du Maroc, 2007). On signale aussi la production de résine en Afghanistan, où elle connaît une croissance rapide, ainsi qu'au Pakistan, en Inde, au Népal, en Asie centrale et dans d'autres pays de la Communauté des États indépendants (CEI) (ONUDC, 2008). La résine de cannabis produite au Maroc est généralement introduite clandestinement sur le territoire européen via la Péninsule ibérique (Europol, 2008), avant d'être distribuée, pour partie, au départ des Pays-Bas.

Saisies

En 2006, 5 230 tonnes de cannabis végétal et 1 025 tonnes de résine de cannabis ont été saisies à l'échelle mondiale, ce qui constitue une baisse par rapport au pic enregistré en 2004. L'Amérique du Nord reste en tête en ce qui concerne les saisies de cannabis végétal (58 %), alors que les saisies de résine de cannabis restent concentrées en Europe centrale et occidentale (62 %) (ONUDC, 2008).

([34]) Pour plus d'informations sur les sources des données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues, voir p. 40.
([35]) Voir «La production de cannabis en Europe» , p. 41.

En Europe, on estime à 177 000 le nombre de saisies de cannabis végétal, soit 86 tonnes, effectuées en 2006 ([36]). Le Royaume-Uni est l'État membre de l'Union européenne où les saisies de cannabis végétal sont les plus élevées, bien que les données de 2006 ne soient pas encore disponibles. La Turquie a fait état de saisies record de cannabis végétal en 2006. Le nombre de saisies de cannabis végétal en Europe n'a cessé d'augmenter depuis 2001, bien que la quantité globale de celles-ci ait diminué jusqu'en 2005. À cet égard, les dernières données disponibles semblent indiquer une nouvelle hausse.

En Europe, les saisies de résine de cannabis dépassent celles de cannabis végétal, tant en nombre qu'en quantité: en effet, elles sont deux fois plus nombreuses (325 000) et les quantités interceptées (713 tonnes) huit fois supérieures. La plupart des saisies de résine reste le fait de l'Espagne (environ la moitié des saisies et deux tiers des quantités interceptées en 2006), suivie, de loin, par la France et le Royaume-Uni. Après une période de stabilisation entre 2001 et 2003, le nombre de saisies de résine de cannabis montre des signes de reprise en Europe, alors que les quantités interceptées ont augmenté jusqu'en 2003/2004, avant de connaître un recul.

En 2006, les 10 500 saisies (nombre estimatif) effectuées en Europe ont permis d'intercepter environ 2,3 millions de plants de cannabis ([37]), pour un poids total de 22 tonnes (dont 64 % en Espagne). En constante augmentation depuis 2001, le nombre de saisies de plants de cannabis s'est stabilisé en 2006 ([38]). Après un net déclin en 2002, qui faisait suite à des saisies record en 2001, le nombre de plants interceptés en Europe a connu un nouveau relèvement, bien qu'il se soit stabilisé en 2006, à la moitié des chiffres enregistrés en 2001. Sur ces cinq années, le nombre de plants de cannabis saisis en Europe, de même que la quantité signalée en kilogrammes, montrent une hausse constante, avec une accélération en 2006, du fait de saisies record opérées en Lituanie.

Puissance et prix

La puissance des produits à base de cannabis est fonction de leur teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), son principal élément actif. Elle varie fortement d'un pays et d'une région à l'autre, ainsi qu'entre échantillons et produits. Pour diverses raisons méthodologiques, il est difficile d'interpréter les données en la matière et de déterminer si les saisies analysées reflètent l'état du marché. Des recherches portent à croire qu'en règle générale, le cannabis produit sur place, de manière intensive, tend à être plus puissant. En 2006, la teneur en THC signalée pour les échantillons de résine allait de 2,3 % à 18,4 % alors que celle du cannabis végétal était comprise entre moins de 1 % et 13 %. Entre 2001 et 2006, la puissance de la résine et du cannabis végétal est restée stable ou a diminué dans beaucoup des 16 pays européens ayant fourni des données suffisantes. Toutefois, une tendance à la

Offre et disponibilité des drogues — Données et sources

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

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, mais elles renseignent également sur les priorités, moyens et stratégies de répression, sur la vulnérabilité des trafiquants et sur les pratiques de communication des informations. On peut également analyser les données sur la pureté ou la puissance ainsi que les prix au détail des drogues illicites pour comprendre les marchés de vente au détail de la drogue. Toutefois, la disponibilité de ce type de données peut être limitée et leurs fiabilité et comparabilité peuvent poser question. Des renseignements venant des forces de l'ordre pourraient aider à compléter le tableau obtenu.

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

Étant donné que de nombreuses parties du monde ne disposent pas de systèmes d'information sophistiqués en ce qui concerne l'offre de drogue, certaines estimations et autres données rapportées, bien qu'elles représentent les meilleures approximations disponibles, doivent être interprétées avec prudence.

([36]) Pour les données concernant les saisies de drogue effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre, voir les tableaux SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 et SZR-6 du bulletin statistique 2008.

([37]) La Turquie ayant déclaré n'avoir saisi aucun plant de cannabis en 2005 et 2006, après avoir fait état de saisies record entre 2001 et 2004, elle a été exclue de l'analyse européenne.

([38]) Ce tableau est provisoire, les données du Royaume-Uni, pays où la majeure partie des plants de cannabis ont été saisis en 2005, n'étant pas encore disponibles pour 2006.

La production de cannabis en Europe

Le problème de la production domestique de cannabis a pris de l'ampleur ces dernières années à travers l'Europe, reflétant le fait qu'une majorité de pays européens font maintenant état de cultures locales de cannabis et de saisies importantes de plants. Les informations communiquées indiquent que le cannabis cultivé en Europe provient tant d'installations intérieures, où il est parfois cultivé de manière intensive, que de plantations extérieures. La taille des plantations varie beaucoup, dépendant de la motivation et des moyens du producteur, et va de quelques plants pour une consommation personnelle à plusieurs milliers sur de grands sites, à des fins commerciales.

Les informations disponibles sont inégales et ne permettent pas de produire une estimation précise de l'ampleur de la culture du cannabis en Europe. Néanmoins, des rapports émanant de plusieurs pays suggèrent que ce phénomène ne peut plus être considéré comme marginal. Par exemple, des enquêtes réalisées sur la population française en 2005 ont permis d'estimer que quelque 200 000 personnes avaient cultivé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Au Royaume-Uni, plus de 1 500 «fermes de cannabis», comptant en moyenne 400 plants par site, auraient été fermées par la police à Londres en 2005-2006 (Daly, 2007) et on estime que la majorité du cannabis végétal disponible actuellement est produite localement ou dans d'autres pays européens. Aux Pays-Bas, la culture du cannabis est répandue dans certaines parties du pays, avec un montant total estimé à 6 000 sites de culture démantelés en 2005 et 2006.

La production de cannabis semble avoir connu une forte progression du début au milieu des années 90 dans certains pays d'Europe occidentale, ce qui s'explique partiellement par une réaction des consommateurs de cannabis face à la résine importée, le produit à base de cannabis le plus consommé à l'époque, qui était perçue comme étant de piètre qualité et onéreuse. Dans certains pays, il semble qu'une majorité des consommateurs consomment maintenant du cannabis végétal de production locale. Cette substitution partielle de la résine importée par du cannabis végétal de production domestique a été rendue possible par des avancées dans les connaissances et la technologie horticoles (pour maximiser les rendements et éviter la détection), qui ont ensuite été diffusées par internet (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Le cannabis produit localement présente en outre l'avantage pour le producteur de ne pas devoir être transporté au-delà des frontières nationales.

hausse a été observée pour la résine de cannabis importée aux Pays-Bas et pour le cannabis végétal dans sept autres pays. Les estimations relatives à la puissance du cannabis végétal produit à l'échelle locale sur plusieurs années ne sont disponibles que pour les Pays-Bas, qui ont déclaré une chute à 16 % en 2006, après un pic à 20,3 % en 2004 ([39]).

En général, les prix de vente au détail du cannabis végétal et de la résine de cannabis oscillent entre 2 et 14 euros le gramme. La plupart des pays européens font état de prix compris entre 4 et 10 euros pour les deux produits. Entre 2001 et 2006, tous les pays déclarants, à l'exception de la Belgique et de l'Allemagne, ont constaté une baisse des prix au détail de la résine de cannabis (corrigés de l'inflation). Les données disponibles pour la plupart des pays indiquent une plus grande stabilité des prix du cannabis végétal au cours de cette période, à l'exception de l'Allemagne et de l'Autriche, où des signes de hausse ont été observés.

Prévalence et modes de consommation

Dans la population générale

Selon une estimation prudente, le cannabis a été consommé au moins une fois (prévalence au cours de la vie) par plus de 70 millions d'Européens, soit plus d'un cinquième de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (voir le tableau 2 pour une synthèse des données). Bien qu'il existe des écarts considérables d'un pays à l'autre, avec des chiffres nationaux oscillant entre 2 et 37 %, la moitié des pays font état d'estimations comprises entre 11 et 22 %.

De nombreux pays déclarent des niveaux de prévalence relativement élevés pour la consommation de cannabis au cours de l'année et du mois écoulés. On estime ainsi que 23 millions d'Européens ont consommé du cannabis au cours de la dernière année, soit environ 7 % de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans. Les estimations de la prévalence au cours du dernier mois tiennent compte des personnes consommant du cannabis plus régulièrement, mais pas nécessairement de manière intensive (voir ci-dessous). On estime ainsi que 12,5 millions d'Européens ont consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, soit une moyenne d'environ 4 % de l'ensemble des 15-64 ans.

Consommation de cannabis chez les jeunes adultes

La consommation de cannabis est essentiellement le fait de jeunes adultes (15-34 ans), les niveaux de consommation les plus élevés étant généralement observés chez les 15-24 ans. C'est le cas dans pratiquement tous les pays européens, à l'exception de la Belgique, de Chypre et du Portugal ([40]).

Les données des enquêtes de population suggèrent qu'en moyenne, 31 % des jeunes adultes européens (15 à 34 ans) ont un jour pris du cannabis, contre 13 % qui en

([39]) Voir tableaux PPP-1 et PPP-5 du bulletin statistique 2008 pour plus d'informations sur les prix et la puissance.
([40]) Voir figure GPS-1 du bulletin statistique 2008.

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

L'usage de drogue dans la population générale ou en milieu scolaire peut être évalué au moyen d'enquêtes représentatives qui donnent des estimations de la proportion de personnes déclarant avoir consommé certaines drogues sur des périodes définies. Les enquêtes fournissent également de précieuses informations contextuelles sur les habitudes de consommation, les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs et les perceptions des risques et de la disponibilité ([1]).

En étroite collaboration avec des experts nationaux, l'OEDT a développé un questionnaire de base commun utilisé pour les enquêtes menées auprès des adultes [le «European Model Questionnaire» (questionnaire type européen), EMQ]. Ce protocole a maintenant été mis en œuvre dans la plupart des États membres ([2]). 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 ([3]).

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 dont les résultats sont disponibles dans chaque pays (dans la plupart des cas, elle a été réalisée entre 2004 et 2007).

Des trois durées standard utilisées pour communiquer les données des enquêtes, la prévalence au cours de la vie est la plus courante. Cette mesure ne reflète pas la consommation actuelle de drogue parmi les adultes, mais est utile pour faire des rapports sur les élèves et pour aider à comprendre les habitudes de consommation et l'incidence. Pour les adultes, on se concentre sur la consommation au cours de la dernière année et du dernier mois ([4]). Il est important d'identifier les personnes consommant régulièrement de la drogue ou ayant des problèmes avec leur consommation de drogues, et l'on progresse à cet égard avec le développement d'échelles brèves permettant d'évaluer des formes de consommation plus intensives dans la population générale, chez les adultes et les élèves (voir l'encadré sur l'élaboration d'échelles psychométriques dans le rapport annuel de 2007).

([1]) Pour obtenir davantage d'informations sur la méthodologie adoptée pour l'enquête, consultez le bulletin statistique 2008 (http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods).
([2]) Disponible à l'adresse: http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population
([3]) Pour obtenir davantage d'informations sur les enquêtes nationales, voir le tableau GPS-21 du bulletin statistique 2008.
([4]) Les tranches d'âge standard utilisées par l'OEDT sont: tous les adultes (de 15 à 64 ans) et les jeunes adultes (de 15 à 34 ans). Le rapport utilise les termes «consommation ou prévalence au cours de la vie», «prévalence au cours de la dernière année» et «prévalence au cours du dernier mois» et, parfois, les termes plus familiers «expérience au cours de la vie», «consommation récente» et «consommation actuelle», respectivement.

ont également consommé au cours des douze derniers mois et 7 % au cours des trente derniers jours. On estime qu'une part plus importante encore des 15-24 ans a consommé du cannabis au cours de l'année écoulée (17 %) ou du mois dernier (9 %), bien que la proportion moyenne des personnes de cette tranche d'âge qui en ont pris un jour soit légèrement plus faible (30 %). Les estimations nationales en matière de prévalence de la consommation de cannabis varient fortement d'un pays à l'autre, quel que soit le critère considéré. Les pays du haut de l'échelle affichent des valeurs dix fois supérieures à celles des pays ayant la prévalence la plus basse.

La consommation de cannabis est plus forte chez les hommes que chez les femmes (voir la question particulière 2006 sur le genre), bien qu'on observe des différences marquées d'un pays à l'autre. Ainsi, la proportion hommes-femmes chez les personnes déclarant avoir consommé du cannabis au cours de l'année dernière allait de 6,4 hommes pour 1 femme au Portugal à 1,3 en Italie.

Consommation de cannabis chez les élèves

Après le tabac et l'alcool, le cannabis reste la substance psychoactive la plus couramment consommée par les élèves.

Les chiffres portant sur la consommation, au moins une fois, de cannabis chez les 15-16 ans peuvent fournir des indications sur la consommation récente ou actuelle, puisqu'il s'agit de la tranche d'âge au cours de laquelle on expérimente généralement cette substance pour la première fois. Les données de l'étude HBSC de 2005/2006, réalisée auprès d'adolescents de 15 ans, ont révélé une grande disparité de la prévalence au cours de la vie entre les 27 pays. Ainsi, cinq pays présentent des estimations inférieures à 10 %; 11 pays ont déclaré des valeurs comprises entre 10 et 20 % et 11 pays des valeurs entre 21 % et 31 % (Currie et al., 2008) ([41]). Dans cette tranche d'âge, les garçons affichent généralement une plus grande prévalence de la consommation de cannabis que les filles, quoique les écarts entre les deux sexes soient faibles, voire inexistants, dans certains pays où les estimations de prévalence sont élevées.

Concernant l'expérience au cours de la vie, il existe une forte variation entre les pays en termes d'estimations de la consommation au cours des 30 derniers jours chez les élèves. Dans certains pays, elle ne fait virtuellement l'objet d'aucune déclaration, alors que dans d'autres, quelque 15 % des personnes interrogées déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours, avec des chiffres parfois encore plus élevés observés chez les garçons. Sur la base des données collectées au cours des enquêtes ESPAD précédentes, on estime qu'en

([41]) Voir figure EYE-5 du bulletin statistique 2008.

Enquêtes récentes effectuées en milieu scolaire

L'enquête HBSC (Health behaviour in school-aged children — Comportement sanitaire des enfants en âge scolaire) est une étude collaborative de l'OMS qui s'intéresse à la santé et au comportement sanitaire des enfants et a inclus des questions à propos de la consommation de cannabis parmi les élèves de 15 ans depuis 2001. La seconde édition de cette enquête comprenant des questions sur la consommation de cannabis a été réalisée entre octobre 2005 et mai 2006 et a bénéficié de la participation de 26 États membres de l'UE et de la Croatie.

La quatrième édition du projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) a eu lieu en 2007: 25 États membres de l'UE, ainsi que la Croatie et la Norvège, y ont participé. Cette enquête s'intéresse principalement à la consommation de substances par les écoliers qui atteignent 16 ans pendant l'année civile concernée. Les résultats des dernières enquêtes seront publiés en décembre 2008.

Le nombre de pays participant à ces deux enquêtes internationales en milieu scolaire, organisées toutes deux tous les quatre ans, n'a cessé de progresser à chaque édition et la plupart des pays européens y prennent désormais part.

L'Espagne, l'Italie, le Portugal, la Slovaquie, la Suède et le Royaume-Uni ont également rapporté des données sur la consommation de cannabis tirées de leurs propres enquêtes nationales en milieu scolaire en 2006.

2003, environ 3,5 millions (22,1 %) des 15-16 ans avaient consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie dans les États membres de l'Union européenne, ainsi qu'en Croatie et en Turquie, et environ 1,7 million (11 %) en avaient consommé au cours du mois précédent l'enquête.

Comparaisons internationales

Les chiffres européens peuvent être comparés à ceux d'autres régions du monde. Ainsi, aux États-Unis, l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé (Samhsa, 2005) estimait à 49 % la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes adultes (15-34 ans, recalculée par l'OEDT) et à 21 % la prévalence au cours de l'année dernière. Pour la même tranche d'âge, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie était de 58 % et la prévalence au cours de l'année écoulée de 28 % au Canada (2004), alors qu'en Australie, les chiffres étaient de 48 % et de 20 %. Tous ces chiffres sont supérieurs aux moyennes européennes correspondantes, respectivement de 31 % et de 13 %.

Modes de consommation du cannabis

Les données disponibles indiquent des modes de consommation du cannabis variables. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, seuls 30 % l'ont fait au cours de l'année écoulée ([42]). Toutefois, parmi les personnes qui ont consommé de la drogue l'année dernière, 56 % en moyenne l'ont fait au cours du mois écoulé.

L'estimation des modes de consommation intensifs et à long terme est une importante question de santé publique. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne (20 jours au moins au cours des 30 derniers jours) peut être un indicateur d'usage intensif. Les données relatives à cette forme de consommation du cannabis en Europe ont été collectées en 2007/2008, dans le cadre d'un «essai sur le terrain» coordonné par l'OEDT, en collaboration avec des experts nationaux et les points focaux Reitox de 13 pays. Sur la base de ces données, quoique limitées, on estime que plus de 1 % de tous les adultes européens, soit quelque 4 millions de personnes, consomment du cannabis tous les jours ou presque. La plupart de ces consommateurs de cannabis, soit 3 millions, ont entre 15 et 34 ans, ce qui correspond à environ 2-2,5 % de tous les Européens de cette tranche d'âge ([43]).

Les tendances de la consommation intensive de cannabis en Europe sont difficiles à cerner, mais parmi les pays participant aux deux essais sur le terrain de 2004 et 2007 (France, Espagne, Irlande, Grèce, Italie, Pays-Bas, Portugal), l'augmentation moyenne était d'environ 20 %, quoique cette estimation soit largement influencée par les chiffres de la France, de l'Espagne et de l'Italie.

La consommation répétée de cannabis peut être assez stable sur de longues périodes, y compris chez les jeunes consommateurs. Une étude allemande récemment publiée, qui a suivi pendant 10 ans un groupe de jeunes âgés entre 14 et 24 ans, a révélé que parmi ceux qui avaient consommé du cannabis à plusieurs reprises (cinq fois au moins au cours de leur vie) au début de l'étude, une forte proportion continuait à en consommer, 56 % d'entre eux déclarant avoir continué après quatre ans et 46 % en consommant toujours après 10 ans. À l'inverse, la consommation occasionnelle de cannabis au début de l'enquête (entre 1 et 4 fois) ne semble pas être associée au développement ultérieur de modes de consommation à long terme ou plus problématiques (Perkonigg, 2008).

([42]) Voir figure GPS-2 du bulletin statistique 2008.

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

Tableau 2 — Prévalence de la consommation de cannabis dans la population générale: Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Toute la vie	Année dernière	Mois dernier
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	71,5 millions	23 millions	12,5 millions
Moyenne européenne	21,8%	6,8%	3,8%
Plage de données	1,7-36,5%	0,8-11,2%	0,5-8,7%
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie (1,7%) Malte (3,5%) Bulgarie (4,4%) Chypre (6,6%)	Malte (0,8%) Bulgarie (1,5%) Grèce (1,7%) Suède (2,0%)	Malte (0,5%) Suède (0,6%) Lituanie (0,7%) Bulgarie (0,8%)
Pays à la prévalence la plus élevée	Danemark (36,5%) France (30,6%) Royaume-Uni (30,1%) Italie (29,3%)	Italie, Espagne (11,2%) République tchèque (9,3%) France (8,6%)	Espagne (8,7%) Italie (5,8%) Royaume-Uni, France, République tchèque (4,8%)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	42 millions	17,5 millions	10 millions
Moyenne européenne	31,2%	13%	7,3%
Plage de données	2,9-49,5%	1,9-20,3%	1,5-15,5%
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie (2,9%) Malte (4,8%) Bulgarie (8,7%) Chypre (9,9%)	Malte (1,9%) Grèce (3,2%) Chypre (3,4%) Bulgarie (3,5%)	Grèce, Lituanie, Suède (1,5%) Bulgarie (1,7%)
Pays à la prévalence la plus élevée	Danemark (49,5%) France (43,6%) Royaume-Uni (41,4%) Espagne (38,6%)	Espagne (20,3%) République tchèque (19,3%) France (16,7%) Italie (16,5%)	Espagne (15,5%) France, République tchèque (9,8%) Royaume-Uni (9,2%)
15-24 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	20 millions	11 millions	6 millions
Moyenne européenne	30,7%	16,7%	9,1%
Plage de données	2,7-44,2%	3,6-28,2%	1,2-18,6%
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie (2,7%) Malte (4,9%) Chypre (6,9%) Grèce (9,0%)	Grèce, Chypre (3,6%) Suède (6,0%) Bulgarie, Portugal (6,6%)	Grèce (1,2%) Suède (1,6%) Chypre, Lituanie (2,0%)
Pays à la prévalence la plus élevée	Danemark (44,2%) République tchèque (43,9%) France (42,0%) Royaume-Uni (39,5%)	République tchèque (28,2%) Espagne (24,3%) France (21,7%) Royaume-Uni (20,9%)	Espagne (18,6%) République tchèque (15,4%) France (12,7%) Royaume-Uni (12,0%)

Informations basées sur la dernière enquête disponible dans chaque pays. L'année de réalisation de l'étude varie de 2001 à 2007. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (328 millions), 15-34 ans (134 millions) et 15-24 ans (64 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2008.

La dépendance au cannabis est de plus en plus reconnue comme l'une des conséquences possibles d'une consommation régulière de la drogue, bien que sa gravité et ses conséquences semblent moins importantes que celles généralement observées avec d'autres substances psychoactives. Néanmoins, eu égard à la proportion relativement grande de la population qui consomme régulièrement du cannabis, l'impact global des modes de consommation intensifs sur la santé publique pourrait être d'envergure. L'analyse des données issues de l'enquête de population nationale menée aux États-Unis révèle qu'environ 20 à 30 % des utilisateurs quotidiens pouvaient être identifiés comme dépendants entre 2000 et 2006 ([44]). Il ressort d'une étude australienne que 92 % des consommateurs de cannabis de longue durée ont été considérés comme dépendants à un moment donné de leur vie, plus de la moitié d'entre eux étant jugés dépendants au moment de l'étude. Une étude de suivi réalisée un an plus tard suggère que, parmi les consommateurs de longue date, les mesures de la consommation de cannabis et de la dépendance à celui-ci pouvaient rester stables sur une telle période (Swift et al., 2000).

En collaboration avec plusieurs pays, l'OEDT développe des méthodes de suivi des modes de consommation intensifs et à long terme du cannabis, y compris de la dépendance. Des échelles psychométriques sont actuellement testées dans plusieurs pays de l'UE, et les résultats disponibles seront analysés cette année. Ces informations pourront aider les États membres de l'UE dans l'évaluation des implications des modes de consommation plus problématiques du cannabis pour la santé publique et dans la planification d'interventions appropriées ([45]).

Modes de consommation du cannabis chez les élèves

Les données de l'étude HBSC montrent que la consommation fréquente de cannabis reste rare chez les écoliers de 15 ans. Seuls six pays déclarent une prévalence de la consommation fréquente de cannabis (définie ici comme 40 prises au moins au cours des 12 derniers mois) supérieure à 2 %. Toutefois, la consommation fréquente concerne davantage les garçons, avec des estimations allant jusqu'à 5 % dans sept pays. Certains rapports indiquent une corrélation entre les modes de consommation du cannabis plus problématiques et l'appartenance à un groupe à risque (par exemple délinquants juvéniles, jeunes en décrochage scolaire, élèves en difficulté scolaire), ce qui donne à penser que des stratégies spécifiques sont nécessaires pour fournir une bouée de sauvetage à ces jeunes gens particulièrement vulnérables. Ce problème a été mis en exergue dans la question particulière 2008 relative aux jeunes vulnérables.

Une étude de la polytoxicomanie a été réalisée en coopération avec l'ESPAD. Elle comparait des élèves âgés de 15 à 16 ans qui avaient consommé du cannabis au cours des 30 jours précédents, en 2003, à d'autres élèves. Cette comparaison montre qu'en moyenne, les élèves qui ont consommé du cannabis sont plus susceptibles d'avoir consommé d'autres substances. Si, parmi les consommateurs de cannabis, la prévalence de la consommation d'autres drogues au cours du mois précédent restait faible (moins de 10 %), le tabagisme et l'alcoolisme au sein de cette population était le double (80 %) de ceux constatés au sein de la population scolaire dans son ensemble. Ces comparaisons indiquent que la consommation de cannabis est associée à des niveaux de consommation de drogues licites et illicites nettement supérieurs à la moyenne ([46]).

Tendances de la consommation de cannabis

Seules la Suède et la Norvège font état d'une série d'enquêtes portant sur les jeunes gens ou les conscrits datant des années 70. Une première vague de consommation a été observée dans les années 70, suivie d'un déclin dans les années 80 et d'une nouvelle recrudescence substantielle au cours des années 90. L'analyse de l'année d'initiation dans les enquêtes récentes a également permis d'identifier une importante expansion de la consommation de cannabis en Espagne (vers le milieu des années 70) et en Allemagne (au début des années 90) (voir les rapports 2004 et 2007).

Les données de l'enquête nationale communiquées à l'OEDT révèlent que dans pratiquement tous les pays européens, la consommation de cannabis a connu un déclin marqué au cours des années 90, surtout chez les jeunes (voir la figure 4) et les élèves. Aux alentours de l'an 2000, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les 15-34 ans est passée à plus de 30 % dans neuf pays et à près de 40 % dans deux cas, alors que la prévalence de la consommation au cours de l'année écoulée a atteint 15 à 20 % dans sept pays et la prévalence de la consommation au cours du mois écoulé entre 8 et 15 % dans six pays. Il est particulièrement

([44]) Outil d'analyse en ligne du NSDUH, utilisé le 25 février 2008, analyse sur la base des variables MJDAY30A et DEPNDMRJ: http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml

([45]) Les interventions, à savoir les options thérapeutiques, sont présentées sous «Disposition de traitement» , p. 48.

([46]) Cette analyse se fonde sur des informations issues de la base de données produite par le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) et est conforme aux règles d'utilisation de celle-ci. Vous trouverez sur le site du projet les principaux enquêteurs nationaux ayant fourni des données pour chacun des pays inclus: http://www.espad.org

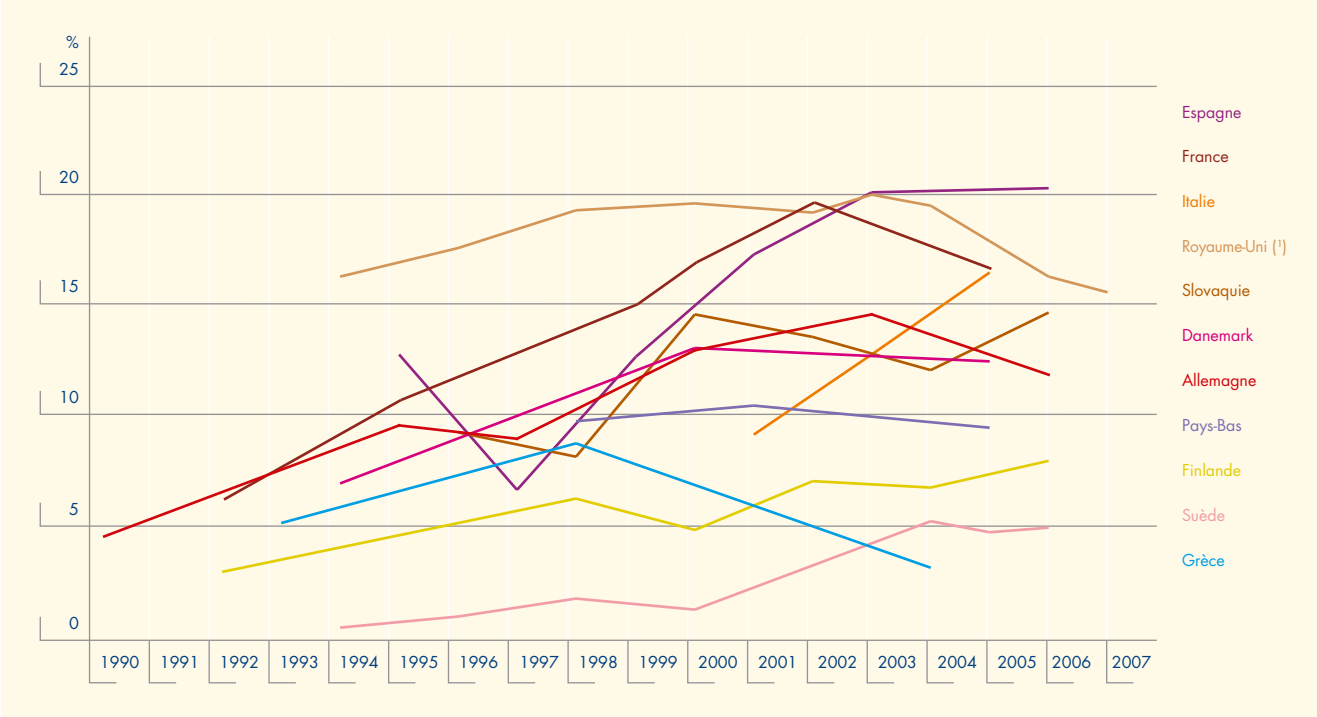
intéressant de s'attacher à l'évolution de la consommation de cannabis au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), État qui a déclaré les plus fortes estimations de prévalence en Europe pendant la première moitié des années 90, mais dans lequel une tendance constante à la baisse a récemment été observée surtout chez les 16-24 ans ([47]).

Les informations issues d'enquêtes nationales récentes suggèrent que la consommation de cannabis se stabilise dans de nombreux pays. Parmi les 16 pays pour lesquels il est possible d'analyser la tendance de 2001 à 2006, on constate que la prévalence de la consommation au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes a augmenté de 15 % au moins dans six pays, diminué dans une proportion comparable dans trois pays et est restée stable dans sept ([48]).

Des tendances stables ou à la baisse apparaissent également dans les dernières données publiées sur la consommation de cannabis chez les élèves. Une comparaison des données des études HBSC de 2001/2002 et de 2005/2006 révèle une tendance à la stabilisation ou à la baisse dans la consommation de cannabis au cours de la vie et dans la consommation fréquente chez les élèves de 15 ans dans la plupart des pays de l'Union ([49]). D'autres études réalisées en Espagne, au Portugal, en Slovaquie, en Suède et au Royaume-Uni ont également rapporté des tendances à la stabilisation ou à la baisse.

La disponibilité du cannabis sur l'ensemble du territoire européen ne semblant pas avoir changé et les prix étant en baisse dans la plupart des pays déclarants, l'explication des tendances actuelles doit être cherchée ailleurs. L'enquête de population française de 2005 (Baromètre Santé) a relevé que 80 % des personnes qui avaient cessé de consommer du cannabis invoquaient un manque d'intérêt comme motif de cet arrêt. Le phénomène peut aussi s'expliquer en partie par la diminution du tabagisme observée. En effet, le mode d'administration du tabac étant le même que celui du cannabis, les deux comportements peuvent être associés dans une certaine mesure (rapports nationaux Reitox; Currie et al., 2008).

Figure 4 — Tendances de la prévalence au cours de l'année dernière de l'usage de cannabis chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



(1) Angleterre et pays de Galles.
NB: Pour obtenir davantage d'informations, voir la figure GPS-4 du bulletin statistique 2008.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2007), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

([47]) Voir figure GPS-10 du bulletin statistique 2008.
([48]) Lorsque des informations n'étaient pas disponibles pour une année de référence précise, les informations de l'année suivante ou précédente ont été utilisées. Aucune analyse n'a été effectuée dans les cas où ces informations n'étaient pas non plus disponibles.
([49]) Voir figures EYE-4 et EYE-5 dans le bulletin statistique 2008.

Il n'existe pas nécessairement un lien direct entre la baisse de la consommation expérimentale ou occasionnelle de cannabis et les tendances relatives à la consommation régulière de cette drogue. C'est ce qui ressort des données de deux études consécutives réalisées auprès d'adolescents en Allemagne, qui révèlent une baisse de la consommation au cours de la vie et au cours de l'année écoulée, alors que la «consommation régulière» (plus de 10 fois au cours de l'année écoulée) reste inchangée (2,3 %) (BZgA, 2004 et BZgA, 2007, citées dans le rapport national allemand).

Traitement pour dépendance au cannabis

Caractéristiques des demandes de traitement

Parmi les 390 000 demandes de traitement recensées au total en 2006 (données disponibles pour 24 pays), le cannabis était la raison majeure des demandes de prise en charge dans environ 21 % des cas, ce qui en fait la deuxième drogue la plus souvent mentionnée après l'héroïne ([50]). Toutefois, les écarts entre pays sont considérables. Ainsi, le cannabis est cité comme cause première du traitement par moins de 5 % de tous les patients en Bulgarie, en Lituanie, au Luxembourg et en Roumanie, alors qu'il est mentionné comme drogue primaire par plus de 30 % des patients sous traitement en France, en Hongrie et aux Pays-Bas ([51]).

De même, parmi les nouvelles demandes de traitement, les différences sont considérables entre pays, le cannabis étant cité par moins de 10 % des nouveaux patients en Bulgarie, en Lituanie et en Roumanie et par plus de 50 % au Danemark, en Allemagne, en France et en Hongrie ([52]). Ces écarts peuvent s'expliquer par des différences en termes de prévalence de la consommation intensive de cannabis, d'organisation des soins apportés aux toxicomanes ou de pratiques d'orientation. Ainsi, dans certains pays présentant une forte proportion de patients traités pour dépendance au cannabis (par exemple l'Allemagne, la Hongrie, l'Autriche et la Suède), le traitement des toxicomanes est proposé en guise d'alternative à des sanctions pénales et est parfois obligatoire en cas d'arrestation. En France, pays qui signale la plus forte proportion de consommateurs de cannabis en traitement en Europe, des centres spécialisés ont récemment été créés pour ceux-ci, ce qui a un impact direct sur les données communiquées.

Les consommateurs de cannabis sont principalement traités dans des centres de soins ambulatoires, mais, dans certains pays (en Irlande, en Slovaquie, en Finlande et en Suède), environ un tiers de ces patients optent pour un traitement en milieu hospitalier ([53]). D'après les informations communiquées, la plupart des patients traités pour dépendance au cannabis se présentent d'eux-mêmes dans des centres de soins, mais ce mode d'orientation est moins courant chez les consommateurs de cannabis que chez les personnes en quête d'aide pour une dépendance à d'autres drogues.

Les personnes qui demandent un traitement ambulatoire pour une consommation primaire de cannabis indiquent aussi consommer d'autres drogues: 21 % mentionnent l'alcool comme substance secondaire, 12 % les amphétamines et l'ecstasy, et 10 % la cocaïne. Après l'alcool (32 %), le cannabis est la deuxième substance psychoactive secondaire la plus souvent citée (21 %) par les personnes bénéficiant d'un traitement pour d'autres drogues primaires ([54]).

Tendances dans les nouvelles demandes de traitement pour toxicomanie

Parmi les quelque 160 000 nouvelles demandes de traitement pour toxicomanie (données disponibles pour 24 pays) déclarées en 2006, les consommateurs de cannabis représentent le deuxième groupe (28 %), après les héroïnomanes (34 %). En proportion de tous les toxicomanes en traitement mentionnant le cannabis comme drogue principale, la part des nouveaux patients est supérieure. La moitié des pays indiquent que la proportion de nouveaux patients demandant un traitement pour une dépendance primaire au cannabis est en augmentation. Le nombre absolu de nouvelles demandes de traitement pour dépendance au cannabis a grimpé entre 2002 et 2006, alors que la proportion de nouveaux patients commençant un traitement pour dépendance primaire au cannabis a connu une hausse de 2002 à 2005, avant de se stabiliser au même niveau en 2006 ([55]).

La tendance à la hausse observée dans les demandes de traitement pour dépendance au cannabis peut être liée à plusieurs facteurs: augmentation de la consommation de cannabis ou consommation intensive et de longue durée; améliorations dans la couverture des données; expansion récente et diversification du système de traitement, précédemment axé sur les héroïnomanes mais visant désormais les consommateurs d'autres

([50]) Voir figure TDI-2 part (ii) dans le bulletin statistique 2008.
([51]) Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([52]) Voir tableau TDI-4 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([53]) Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2008.
([54]) Voir tableaux TDI-22 et TDI-23 (partie i) et (partie iv) du bulletin statistique 2008.
([55]) Voir figures TDI-1 et TDI-2 et tableaux TDI-3 (partie iv) et TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2008.

drogues; changements intervenus dans la législation et les politiques, résultant parfois dans un accroissement des renvois en traitement pour dépendance au cannabis par le système judiciaire (OEDT, 2008a). La stabilisation récente des nouvelles demandes de traitement liées à la consommation de cannabis pourrait aussi s'expliquer par les tendances plus récentes concernant la consommation de cannabis, les changements apportés au système de traitement ou les modifications dans les canaux d'orientation vers les centres de soins.

Profils des patients

Les consommateurs de cannabis entamant un traitement dans un cadre ambulatoire sont essentiellement de jeunes hommes, avec un ratio de 5,2 hommes pour 1 femme, âgés en moyenne de 24 ans. Le cannabis est la drogue primaire la plus fréquemment mentionnée chez les jeunes. Parmi les personnes qui suivent un traitement pour la première fois, 67 % des 15-19 ans et 80 % des moins de 15 ans mentionnent le cannabis comme drogue primaire ([56]).

La plupart des patients traités pour dépendance au cannabis semblent être relativement bien intégrés dans la société, en comparaison avec les consommateurs d'autres types de drogues. Beaucoup vont toujours à l'école et vivent dans un logement stable, souvent avec leurs parents; toutefois, des recherches récentes indiquent aussi un profil social différent de celui de la population générale appartenant à la même tranche d'âge et un contexte familial plus défavorisé (OEDT, 2008a).

Globalement, les consommateurs primaires de cannabis peuvent être classés en trois groupes, en termes de fréquence d'utilisation: ceux qui en consomment occasionnellement (30 %), ceux qui en consomment d'une à plusieurs fois par semaine (30 %) et ceux qui en consomment quotidiennement (40 %) ([57]). Toutefois, on observe des différences considérables entre les pays, surtout en proportion des consommateurs réguliers de cannabis qui commencent un traitement. Dans les pays où les patients consommateurs de cannabis sont plus nombreux, la proportion de consommateurs quotidiens oscille entre plus de 70 % aux Pays-Bas et au Danemark, 40-60 % en Espagne, en France et en Italie, et 20-30 % en Allemagne et en Hongrie.

Disposition de traitement

Une enquête commandée par l'OEDT sur l'offre en traitement pour dépendance au cannabis dans un échantillon de services de traitement des toxicomanes de 19 États membres a révélé que la moitié des services examinés ne proposaient pas de programmes spécifiquement dédiés au problème du cannabis (OEDT, 2008a). Ce constat suggère que de nombreux consommateurs de cannabis sont traités dans les mêmes conditions que les autres toxicomanes, ce qui peut présenter des difficultés, tant pour le personnel soignant que pour les patients.

Parmi les services spécialisés examinés, la plupart proposaient des cures de courte durée, généralement de moins de 20 séances, pour les consommateurs de cannabis. Le traitement revêtait la plupart du temps la forme d'une thérapie et de conseils individuels, ou d'une information sur les conséquences possibles de la consommation de cannabis. Certaines agences citaient, parmi les options possibles dans le cadre d'un traitement, une cure de désintoxication au cannabis, des thérapies familiales, une communauté thérapeutique et des groupes d'entraide. Le recours à des soins en milieu hospitalier pour dépendance au cannabis, lorsque de tels soins existaient, s'inscrivait généralement dans le contexte de problèmes sociocomportementaux.

La littérature scientifique en la matière suggère que diverses psychothérapies ont fait leur preuve dans le traitement de la dépendance au cannabis, dont les thérapies basées sur la motivation, mais aucune forme de psychothérapie ne semble plus efficace que les autres (Nordstrom et Levin, 2007). Bien que la plupart des études sur l'efficacité des traitements pour dépendance au cannabis aient été réalisées aux États-Unis et en Australie, des études européennes commencent à voir le jour et à être publiées. Un essai clinique aléatoire réalisé en Allemagne et portant sur un programme de traitement pour adolescents présentant un problème avec le cannabis, «CANDIS», a été initié en 2004. Ce programme se base sur une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale et la résolution des problèmes psychosociaux. Les résultats initiaux indiquent que la moitié des patients avaient arrêté de consommer du cannabis à la fin du traitement; 30 % ont réduit leur consommation. En outre, une réduction notable des problèmes sociaux et mentaux connexes a été constatée. Une étude de suivi est prévue.

Des initiatives visant à fournir un traitement aux jeunes consommateurs de cannabis ont été signalées par plusieurs pays. En France, quelque 250 centres de consultation spécialisés pour les consommateurs de cannabis, offrant conseils et assistance aux toxicomanes et à leurs familles, ont été mis sur pied depuis 2005. Au Danemark, des fonds spéciaux ont été récemment alloués au développement de programmes ciblés sur

([56]) Voir tableaux TDI-10 et TDI-21 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([57]) Voir tableau TDI-18 du bulletin statistique 2008.

les jeunes consommateurs de cannabis. En outre, la Belgique, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et la Suisse participent à une étude internationale sur l'efficacité d'un traitement global dans le cercle familial en cas de consommation problématique de cannabis (INCANT) ([58]).

En Allemagne, il existe des tentatives de transposer le programme de désaccoutumance au cannabis en ligne «Quit the shit» ([59]), qui fournit des conseils interactifs en collaboration avec des établissements de soins ambulatoires, des structures municipales d'aide à la jeunesse et de traitement des toxicomanes ou des établissements de prévention de la dépendance à la drogue.

Le recours aux technologies de l'information et de la communication dans les mesures visant à réduire la demande de drogue ne cesse de s'accroître en Europe. En 2006/2007, neuf États membres signalaient l'existence de services de conseils sur la toxicomanie, huit mentionnant l'internet (la République tchèque, l'Allemagne, l'Estonie, les Pays-Bas, le Portugal, l'Autriche, la Slovaquie et le Royaume-Uni), alors que le Danemark utilisait des SMS. Ces services en ligne visent les jeunes et se concentrent sur les problèmes liés à la consommation d'alcool et de cannabis.

Consommateurs de cannabis en contact avec le système judiciaire

Le cannabis est la drogue illicite la plus souvent mentionnée dans les rapports de police concernant des infractions à la législation antidrogue ([60]) en Europe, et les délits associés à cette drogue dans l'Union européenne ont augmenté en moyenne de 34 % entre 2001 et 2006 (voir la figure 2). Les données disponibles indiquent que la majorité des délits liés au cannabis répertoriés sont associés à la consommation ou à la possession pour usage personnel plutôt qu'au trafic et à l'approvisionnement. Dans la majorité des pays déclarants, entre 62 et 95 % des délits liés au cannabis ont trait à la consommation.

De nombreux contrevenants à la législation antidrogue étant de jeunes consommateurs de cannabis, qui, autrement, n'entreraient peut-être pas en contact avec les services de traitement antidrogue, il existe des rapports faisant état d'un renforcement de la coopération entre autorités judiciaires et services de prévention et de conseil dans les écoles et les centres d'aide à la jeunesse. L'Allemagne, l'Espagne (la Catalogne), le Luxembourg et l'Autriche ont mis en œuvre des protocoles et des programmes destinés aux jeunes contrevenants à la législation antidrogue ou aux jeunes gens condamnés pour consommation ou possession de drogue, et plus particulièrement de cannabis. Le contrevenant peut être placé devant le choix de suivre une cure, au lieu de payer une amende. Les programmes proposés dans les différents pays visent à prévenir le développement de la toxicomanie et la récidive. Ils peuvent inclure la famille, l'école ou les centres de conseil psychologique.

Une évaluation de suivi des programmes allemands FReD destinés aux délinquants juvéniles (100 participants) a révélé que 44 % des anciens participants avaient réduit leur consommation d'alcool et de tabac, 79 % avaient réduit ou arrêté leur consommation de drogues illicites et 69 % ont déclaré n'avoir pas récidivé depuis la fin de la cure. Une évaluation d'équipes analogues de délinquants juvéniles (YOT — Youth Offending Teams) au Royaume-Uni a constaté que cette méthode présentait des avantages potentiels considérables (Matrix Research, 2007).

Interdiction de fumer et cannabis

Les liens potentiels entre les politiques en matière de tabac et la consommation de cannabis constituent une question digne d'intérêt. Les interdictions de fumer sont de plus en plus répandues en Europe: neuf États membres ont instauré une interdiction de fumer totale (lieux publics et de travail, y compris les restaurants et bars), et la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Portugal ont récemment instauré au minimum des interdictions de fumer partielles.

Le lien entre la consommation de tabac et le passage ultérieur à une drogue illicite tend à se dissiper lorsqu'on réalise un ajustement aux facteurs de risque sous-jacents, comme l'a montré une revue d'études prospectives (Mathers et al., 2006). Toutefois, en Europe, la prévalence de la consommation de cannabis est plus importante chez les fumeurs de tabac que chez les non-fumeurs, et des politiques règlementaires fortes en matière de tabac pourraient influencer favorablement les normes perçues, qui sont des éléments prédictifs pour la consommation tant de tabac que de cannabis.

Certaines données indiquent également que le cannabis est un complément économique (c'est-à-dire réagissant dans le même sens au prix et à la disponibilité) des cigarettes (Cameron et Williams, 2001). Des études isolées ont conclu que des taxes plus importantes sur les cigarettes semblent diminuer l'intensité de consommation de la marijuana et pourraient avoir un effet négatif modeste sur la probabilité de consommation chez les hommes (Farrelly et al., 2001).

Enfin, il est intéressant de noter qu'aux Pays-Bas, l'interdiction de fumer du tabac dans les restaurants et les bars s'applique également aux coffee shops, et que la ville d'Amsterdam a décidé d'interdire la consommation de cannabis dans les lieux publics.

([58]) http://www.incant.eu
([59]) http://www.drugcom.de
([60]) Voir tableau DLO-6 du bulletin statistique 2008.

Chapitre 4

Amphétamines, ecstasy et LSD

Introduction

À l'échelle mondiale, les amphétamines (terme générique regroupant amphétamines et méthamphétamines) et l'ecstasy sont parmi les drogues illicites les plus répandues, après le cannabis. Aujourd'hui, en Europe, en chiffres absolus, il est possible que la consommation de cocaïne soit supérieure. Toutefois, sa concentration dans quelques pays signifie que, dans la plupart des pays de l'Union, une forme ou une autre de drogue de synthèse reste la deuxième substance illicite la plus courante. En outre, dans certaines régions d'Europe, la consommation d'amphétamines constitue une importante partie du problème de la drogue et est responsable d'une proportion substantielle des demandes de traitement.

Amphétamines et méthamphétamines: différences et similitudes

Sur le marché des drogues illicites, les principaux représentants du groupe des amphétamines sont les amphétamines et les méthamphétamines (et leurs sels) — deux substances de synthèse étroitement liées appartenant à la famille des phénéthylamines. Ces deux substances sont des stimulants du système nerveux central et elles ont le même mécanisme d'action, des effets comportementaux, une tolérance et des effets (chroniques) de sevrage et de consommation prolongée similaires. Les amphétamines sont moins puissantes que les méthamphétamines, mais en situations non contrôlées, les effets sont pratiquement les mêmes.

Les produits à base d'amphétamines et de méthamphétamines sont essentiellement des poudres, mais l'«ice», le chlorhydrate cristallin pur de métamphétamine, est également utilisé. Les comprimés contenant des amphétamines ou des méthamphétamines peuvent porter des logos similaires à ceux que l'on voit sur des comprimés de MDMA et autres comprimés d'ecstasy.

Compte tenu des formes physiques sous lesquelles elles sont disponibles, les amphétamines et les méthamphétamines peuvent être ingérées, «sniffées», inhalées et, mais c'est moins courant, injectées. Contrairement au sulfate d'amphétamine, le chlorhydrate de métamphétamine, notamment sous sa forme cristalline («ice»), est suffisamment volatil pour être fumé.

Source: OEDT, profils des drogues (http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine).

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

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

Les estimations portant sur la consommation de diéthylamide d'acide lysergique (LSD), de loin la substance hallucinogène la plus connue, sont faibles et assez stables depuis longtemps. Toutefois, il semble y avoir un intérêt croissant chez les jeunes pour les substances hallucinogènes d'origine naturelle.

Offre et disponibilité

Amphétamines

La production mondiale d'amphétamines, estimée à 126 tonnes en 2006, reste concentrée en Europe, où l'on signale 79 % de tous les laboratoires d'amphétamines déclarés en 2006 (ONUDC, 2008), bien qu'elle se propage à d'autres régions du monde, et notamment à l'Amérique du Nord et au Sud-Est asiatique ([61]). À l'échelle mondiale, plus de 19 tonnes d'amphétamines ont été saisies en 2006, dont la majeure partie au Moyen et Proche-Orient (67 %), en relation avec les comprimés

([61]) Pour plus d'informations sur les sources des données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues, voir p. 40.

Captagon ([62]) produits dans le Sud-Est de l'Europe, suivie des saisies réalisées en Europe centrale et occidentale (27 %), reflétant le rôle de l'Europe en tant que grande productrice et consommatrice de cette drogue (CND, 2008; ONUDC, 2008).

La plupart des amphétamines saisies en Europe sont produites, par ordre d'importance, aux Pays-Bas, en Pologne et en Belgique et, dans une moindre mesure, en Estonie et en Lituanie. En 2006, 40 sites impliqués dans la production, le conditionnement ou le stockage d'amphétamines ont été découverts dans l'Union européenne (Europol, 2007a). Par ailleurs, l'ONUDC (2008) indique que 123 laboratoires ont été démantelés dans des pays européens.

La Turquie rapporte des saisies de quelque 20 millions de comprimés d'amphétamines portant le logo Captagon. La production d'amphétamines sous cette forme est signalée en Bulgarie et en Turquie. On pense qu'elle est dans une large mesure destinée à l'exportation vers les pays consommateurs du Moyen et du Proche-Orient.

En Europe, quelque 38 000 saisies, soit un total de 6,2 tonnes d'amphétamines en poudre, ont été effectuées en 2006. Si les chiffres provisoires pour 2006 suggèrent un recul par rapport aux niveaux de 2004 et de 2005, tant le nombre des saisies que la quantité des amphétamines interceptées ont augmenté au cours de la période 2001-2006 ([63]). Toutefois, ces conclusions sont provisoires, les données les plus récentes du Royaume-Uni, pays européen qui déclare généralement le plus de saisies, n'étant pas encore disponibles. Les saisies de comprimés d'amphétamines, par opposition à la poudre, font l'objet d'une déclaration de plus en plus importante dans quelques pays, avec un total de 390 000 comprimés saisis dans l'Union européenne (essentiellement en Espagne) en 2006.

La pureté des échantillons d'amphétamines interceptés en Europe en 2006 varie considérablement et dans une mesure telle que tout commentaire sur les valeurs «standard» doit être fait avec la plus grande prudence. Néanmoins, les pays déclarant des données pour 2006 peuvent être répartis en deux groupes, dix pays faisant état de valeurs comprises entre 2 et 10 % et les autres de taux de pureté plus élevés (25-47 %). Ce dernier groupe comprend habituellement les pays connus pour être les plus actifs en termes de production, de trafic ou de consommation d'amphétamines (les Pays-Bas, la Pologne, les États baltes et les pays nordiques). Au cours des cinq dernières années, la pureté des amphétamines est restée stable, ou a décru, dans la plupart des 19 pays ayant communiqué des données suffisantes pour permettre une analyse.

Action internationale contre la fabrication et le détournement des précurseurs de drogues de synthèse

Les efforts en termes de répression visent de plus en plus les précurseurs chimiques nécessaires à la production de drogues illicites, en guise de contre-mesure supplémentaire. La coopération internationale est particulièrement précieuse dans ce domaine. Le projet Prism est une initiative internationale mise sur pied pour prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse, par le biais d'un système de déclarations préalables des exportations pour le commerce licite et la communication des cargaisons arrêtées et des saisies réalisées en cas de transactions suspectes. Les informations sur les activités réalisées dans ce domaine sont rapportées par l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS, 2008b).

À l'échelle mondiale, les rapports suggèrent que plus de 11 tonnes d'éphédrine et de pseudo-éphédrine, les principaux précurseurs des méthamphétamines, ont été saisies en 2006. Les États membres de l'UE (principalement la Belgique et la Hongrie), avec la Fédération de Russie et l'Ukraine, n'ont ensemble intercepté que 0,3 tonne, même si Europol (2008) fait état d'une récente progression de l'exportation, du transfert et du détournement de ces produits chimiques dans l'Union européenne.

Dans le monde, les saisies de 1-phényl-2-propanone (P-2-P), qui peut être utilisé pour la fabrication illicite d'amphétamines et de méthamphétamines, ont diminué en 2006. Exception à cette tendance: les États membres de l'UE (principalement le Danemark, les Pays-Bas et la Pologne) ainsi que la Turquie et la Fédération de Russie, qui ont ensemble réalisé la majeure partie des saisies dans le monde de 2 600 litres de P-2-P. Ce précurseur est principalement utilisé pour la fabrication d'amphétamines en Europe et les producteurs s'approvisionnent habituellement en P-2-P dans les pays asiatiques (Chine), bien que, depuis 2004, des rapports fassent également ressortir l'existence d'un approvisionnement et d'un trafic en provenance de la Fédération de Russie (Europol, 2007a).

Les saisies mondiales de 3,4-méthylènedioxyphenyl-2-propanone (3,4-MDP-2-P), utilisé pour fabriquer la MDMA, ont diminué en 2006 pour atteindre 7 500 litres, que le Canada a saisis à lui seul, à l'exception de 105 litres saisis par les Pays-Bas. Les saisies de safrole, qui peut remplacer le 3,4-MDP-2-P dans la synthèse de la MDMA, sont restées marginales en 2006, avec 62 litres saisis dans le monde entier, principalement en Australie; en Europe, seule la France a fait état d'une saisie de safrole (7 litres).

([62]) Captagon est l'une des marques déposées de la fenetylline, un stimulant de synthèse du système nerveux central, bien que les comprimés vendus avec ce logo sur le marché illicite se révèlent généralement contenir des amphétamines mélangées à de la caféine.

([63]) Pour les données concernant les saisies de drogues effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre, voir les tableaux SZR-11 à SZR-18 du bulletin statistique 2008. Notez qu'en l'absence de données pour 2006, les données correspondantes pour 2005 ont été utilisées afin d'estimer les totaux à l'échelle européenne.

En 2006, les prix de vente au détail généraux des amphétamines oscillaient entre 10 et 15 euros le gramme dans la moitié des pays déclarants. Au cours de la période 2001-2006, les 16 pays déclarants, à l'exception de la République tchèque, de l'Espagne et de la Roumanie, faisaient état d'une chute du prix des amphétamines.

Méthamphétamines

La production des méthamphétamines est concentrée en Amérique du Nord ainsi que dans l'Est et le Sud-Est asiatique. En 2006, la production mondiale de méthamphétamines était estimée à 266 tonnes, soit une quantité supérieure à celle de tout autre drogue de synthèse illicite. Quelque 15,8 tonnes de méthamphétamines ont été confisquées à l'échelle mondiale en 2006, pour l'essentiel dans l'Est et le Sud-Est asiatiques, suivis de l'Amérique du Nord. Moins de 1 % des saisies ont été réalisées en Europe (ONUDC, 2007; ONUDC, 2008).

Toutefois, des méthamphétamines sont produites illicitement en Europe, bien que ce phénomène reste limité à la République tchèque, où plus de 400 «cuisines» ont été détectées en 2006. Une production de cette drogue a également été signalée en Slovaquie et, dans une moindre mesure, en Lituanie (OICS, 2008a).

Quelque 3 000 saisies de méthamphétamines, pour un total de 154 kg, ont été déclarées dans 17 pays européens en 2006. La Norvège arrive en tête des saisies et des quantités interceptées, suivie par la Suède, la République tchèque et la Slovaquie. Dans ces deux derniers pays, les saisies étaient réduites, ne concernant généralement que quelques grammes. Entre 2001 et 2006, tant le nombre que la quantité des saisies de méthamphétamines en Europe ont augmenté. Ils restent toutefois modestes en comparaison des autres drogues. En 2006, les données disponibles, quoique limitées, suggèrent que la pureté moyenne des méthamphétamines se situait entre 20 et 55 %.

Ecstasy

D'après l'ONUDC (2007a), la production mondiale d'ecstasy aurait diminué pour atteindre quelque 102 tonnes en 2006. Elle semble être devenue plus diffuse sur le plan géographique, la fabrication pour consommation locale étant désormais plus courante en Amérique du Nord et dans le Sud-Est asiatique. L'Europe reste néanmoins le principal centre de la production d'ecstasy, celle-ci se concentrant essentiellement aux Pays-Bas (où elle a connu une recrudescence en 2006 après plusieurs années de déclin), à la Belgique et, dans une moindre mesure, à la Pologne et au Royaume-Uni.

L'importance relative de l'Europe en tant que consommatrice et productrice d'ecstasy est illustrée par les données relatives aux saisies. L'Europe en a déclaré plus de 20 000, résultant de l'interception de près de 14 millions de comprimés d'ecstasy en 2006. Ce sont les Pays-Bas qui en ont saisi le plus (4,1 millions de comprimés), suivis par le Royaume-Uni, la Turquie, la France et l'Allemagne. Globalement, le nombre de saisies d'ecstasy a diminué entre 2001 et 2006, tout comme les quantités concernées, après un pic en 2002 ([64]). L'Europe occidentale et centrale a intercepté 43 % des 4,5 tonnes d'ecstasy saisies dans le monde en 2006. À titre de comparaison, l'Amérique du Nord en a confisqué 34 % (ONUDC, 2008).

En Europe, en 2006, la plupart des comprimés d'ecstasy contenaient toujours de la MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA), généralement la seule substance psychoactive présente. C'était le cas dans plus de 70 % de l'ensemble des comprimés analysés dans 17 pays. L'Espagne et la Pologne faisaient figure d'exception, l'analyse des comprimés commercialisés comme de l'ecstasy dans ces pays ayant révélé la présence d'amphétamines ou de méthamphétamines, souvent combinées à de la MDMA ou à une substance analogue. En Lettonie et à Malte, la plupart des comprimés analysés ne contenaient aucune substance contrôlée.

La plupart des pays ont indiqué que la teneur habituelle en MDMA des comprimés d'ecstasy se situait entre 25 et 65 mg — bien que des variations considérables aient été observées dans les échantillons analysés (9-90 mg). En outre, des comprimés d'ecstasy fortement dosés, contenant plus de 130 mg de MDMA, ont été signalés par certains pays (Belgique, Danemark, Allemagne, France, Pays-Bas, Norvège) et de la MDMA en poudre de grande qualité a fait son apparition sur certains marchés. Aucune tendance nette à moyen terme n'est observable dans la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy. Toutefois, il est clair qu'en comparaison avec la première apparition de la drogue à grande échelle en Europe au début des années 90, le prix de l'ecstasy a considérablement diminué. Si certains rapports font état de comprimés vendus pour 1 euro à peine, la plupart des pays communiquent des prix au détail compris dans une fourchette de 3 à 9 euros par comprimé. Par ailleurs, les données disponibles pour 2001-2006 donnent à penser que le prix de vente au détail (corrigé de l'inflation) continue à baisser.

LSD

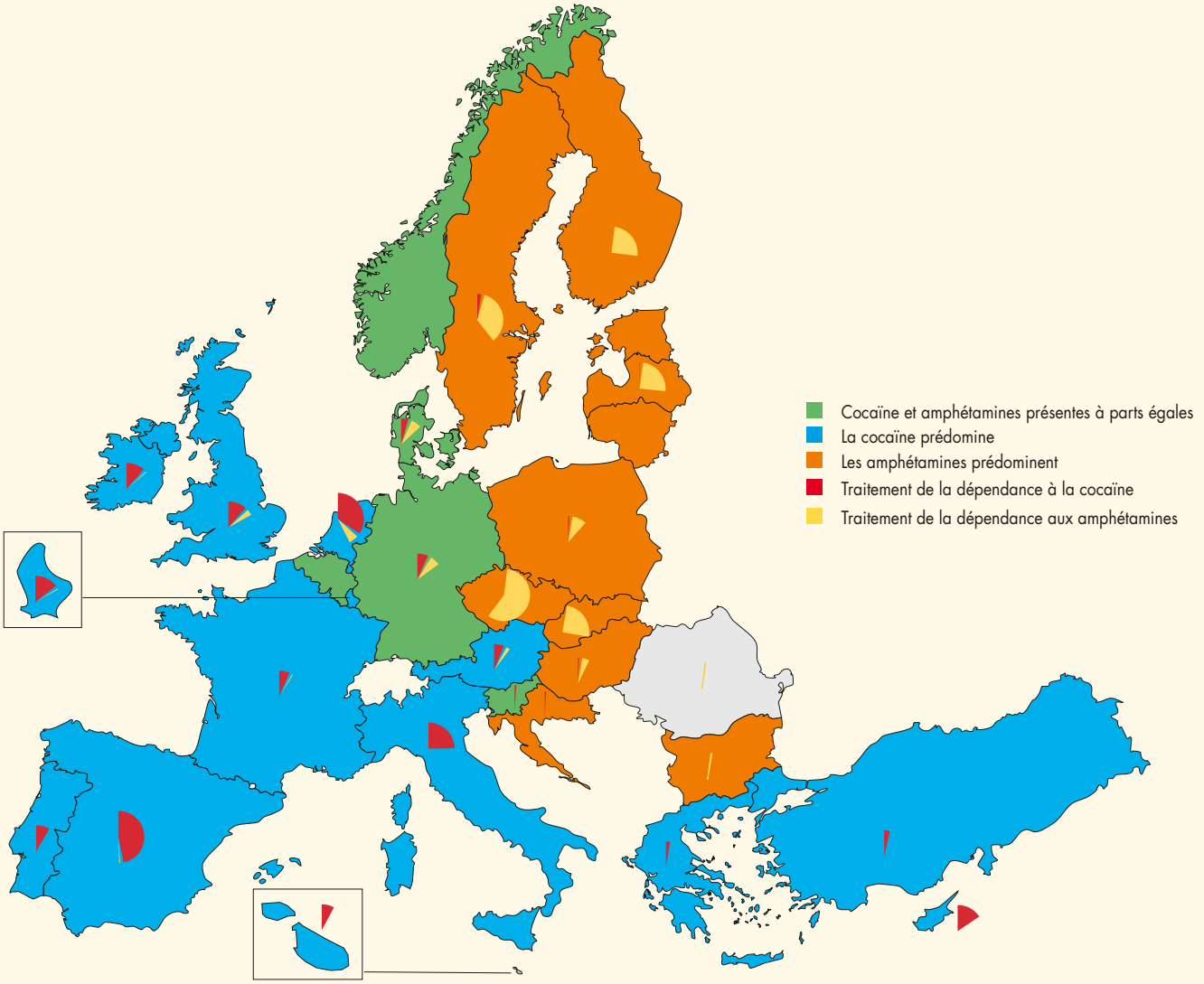
La consommation et le trafic du LSD restent marginaux, bien que des saisies réalisées en Europe laissent entrevoir

([64]) Ce tableau est provisoire, les données du Royaume-Uni, pays où la majeure partie des saisies ont été effectuées en 2005, n'étant pas encore disponibles pour 2006.

Le marché européen des stimulants: «pays à cocaïne» et «pays à amphétamines»?

Une synthèse d'informations recueillies auprès de différentes sources laisse penser que des drogues stimulantes différentes pourraient jouer un rôle similaire dans des pays différents. Il peut dès lors s'avérer judicieux, lorsque l'on développe des politiques dans ce domaine, de ne pas seulement considérer les substances individuellement, mais également le marché des stimulants dans son ensemble. Dans certains pays, la cocaïne est la drogue stimulante dominante, alors que dans d'autres, ce sont les amphétamines et les méthamphétamines qui sont les plus consommées. Le tableau qui ressort de la combinaison des données issues des enquêtes réalisées auprès de la population générale et des rapports de saisies suggère que les pays d'Europe du Nord et centrale tendent généralement à appartenir à un «groupe à amphétamines», tandis que dans les pays de l'Ouest et du Sud de l'Europe, la consommation de cocaïne prédomine largement.

Marchés des stimulants en Europe: prévalence relative de la cocaïne ou des amphétamines dans les saisies et enquêtes auprès de la population et proportion des toxicomanes en traitement indiquant que ces substances sont leurs drogues primaires



L'importance relative des stimulants dans le problème général des drogues varie également fortement d'un pays à l'autre. Cette variété ressort des données concernant les traitements; là où pour un groupe restreint de pays, les drogues stimulantes sont la cause d'une proportion relativement élevée des demandes de traitement pour toxicomanie (méthamphétamines en République tchèque et en Slovaquie; amphétamines en Lettonie, en Suède et en Finlande; et cocaïne en Espagne, en Italie et aux Pays-Bas), ailleurs, la proportion de patients mentionnant l'une de ces substances comme étant leur principale raison d'appel à l'aide est faible, et parfois même négligeable.

Les données émanant des patients suggèrent également que les personnes traitées pour des problèmes causés par des drogues stimulantes ont tendance à avoir des problèmes avec une seule classe de stimulants. Par exemple, parmi les personnes suivant un traitement pour dépendance à la cocaïne en services ambulatoires (toutes les demandes), seulement environ 8 % ont indiqué que les amphétamines étaient leur drogue secondaire; tandis que parmi les patients traités pour dépendance aux amphétamines, moins de 9 % ont indiqué que la cocaïne constituait leur problème de drogue secondaire. Par ailleurs, des rapports de certains pays semblent indiquer qu'un stimulant peut parfois en supplanter un autre sur le marché des drogues. Par exemple, des données suggèrent que la cocaïne pourrait remplacer les amphétamines et l'ecstasy chez certaines populations consommant de la drogue et qu'aux Pays-Bas, les amphétamines pourraient faire office de substitut meilleur marché à la cocaïne en dehors des zones urbaines.

Si les drogues stimulantes peuvent avoir des effets et des conséquences différents, concernant le traitement pour toxicomanie, les options, les taux de rétention et les résultats sont grosso modo similaires (Rawson et al., 2000; Copeland et Sorensen, 2001). Dans une certaine mesure, on peut également constater des similitudes dans les habitudes de consommation et dans la typologie générale des consommateurs. Par exemple, des habitudes de consommation récréatives et moins intensives et nuisibles chez des consommateurs bien intégrés socialement peuvent coexister avec une consommation plus intensive chez des groupes plus marginalisés, plus souvent associée à des problèmes de dépendance et à des modes d'administration plus risqués, comme l'injection ou le fait de fumer la substance.

NB: La couleur de fond indique la prédominance relative de la cocaïne ou des amphétamines selon des enquêtes réalisées auprès de la population générale (prévalence de l'usage durant l'année dernière chez les habitants âgés de 15 à 34 ans) et selon des données sur les saisies; les graphiques circulaires représentent les proportions de toutes les demandes de traitement pour toxicomanie imputables à ces deux drogues — seuls les segments représentant la cocaïne et les amphétamines sont indiqués. Pour l'Italie, les Pays-Bas et la Pologne, où aucune donnée relative aux saisies n'était disponible, seuls les données tirées des enquêtes de population ont été utilisées. Pour la Croatie, seules les données relatives aux saisies ont été utilisées. Pour la Norvège et la Belgique, les données relatives aux traitements n'étaient pas disponibles. Les données disponibles pour la Roumanie n'ont pas permis de réaliser d'inférences pour le pays dans son ensemble. En République tchèque et en Slovaquie, les méthamphétamines sont les amphétamines les plus communément utilisées.

un possible regain d'intérêt pour cette drogue ces dernières années. Après une tendance constante à la baisse remontant aux années 90, tant le nombre que la quantité des saisies ont recommencé à augmenter depuis 2003. La situation actuelle est peu claire. En effet, si les données disponibles à l'heure actuelle indiquent un léger recul de ces deux indicateurs, le Royaume-Uni, pays qui déclare généralement les plus importantes saisies de LSD, n'a pas encore communiqué de chiffres. Les prix de vente au détail du LSD (corrigés de l'inflation) diminuent légèrement depuis 2001 et, en 2006, étaient compris entre 5 et 11 euros l'unité dans la plupart des pays européens.

Prévalence et modes de consommation

Dans l'Union européenne, la consommation d'amphétamines ou d'ecstasy semble être relativement élevée dans les pays suivants: la République tchèque, l'Estonie et le Royaume-Uni et, dans une moindre mesure, eu égard à la situation nationale globale en matière de drogue, dans certains pays d'Europe centrale et septentrionale. En revanche, dans l'ensemble, les niveaux de consommation des drogues hallucinogènes telles que le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) sont plus faibles et sont restés stables dans une large mesure sur une période très longue.

Les taux de prévalence plus élevés dans certains pays doivent être compris, pour simplifier, dans le contexte de deux modes de consommation distincts. Dans un nombre limité de pays, la consommation, souvent par injection, d'amphétamines ou de méthamphétamines représente une part substantielle du nombre global de toxicomanes à problèmes et des personnes demandant de l'aide pour une dépendance à la drogue. Outre ces populations de consommateurs chroniques, les drogues de synthèse, et plus particulièrement l'ecstasy, sont aussi plus généralement associées aux boîtes de nuit, à la dance music et à certaines sous-cultures. Il en résulte une consommation nettement plus importante chez les jeunes, en comparaison avec la population générale, et extrêmement élevée dans certains milieux ou sous-populations spécifiques.

Amphétamines

De récentes enquêtes de population indiquent que la prévalence au cours de la vie de la consommation d'amphétamines ([65]) en Europe varie d'un pays à l'autre,

([65]) Les données d'enquête sur la consommation d'amphétamines ne font souvent pas de différence entre les amphétamines et les méthamphétamines; toutefois, elles ont généralement trait à la consommation d'amphétamines (sulfate d'amphétamine ou dexamphétamine) dans la mesure où la consommation de méthamphétamines est peu courante en Europe (moins de 1 % des saisies de méthamphétamines déclarées dans le monde).

oscillant entre 0,1 et 11,9 % de la population adulte (15-64 ans). En moyenne, près de 3,3 % de l'ensemble des adultes européens déclarent avoir pris des amphétamines au moins une fois dans leur vie. La consommation de cette drogue au cours de l'année écoulée est beaucoup plus faible, avec une moyenne européenne de 0,6 % (fourchette comprise entre 0,0 et 1,3 %). À en croire les estimations, environ 11 millions d'Européens ont essayé les amphétamines, et quelque 2 millions en ont consommé au cours de l'année écoulée (voir le tableau 3 pour une synthèse des données).

Chez les jeunes adultes (15 à 34 ans), la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie varie fortement d'un pays à l'autre (entre 0,2 et 16,5 %), avec une moyenne européenne d'environ 5 %. La consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée dans cette tranche d'âge oscille entre 0,1 % et 2,9 %, et la majorité des pays déclarent des taux de prévalence estimés entre 0,7 % et 1,9 %. On estime qu'en moyenne, 1,3 % des jeunes européens ont consommé des amphétamines au cours des 12 derniers mois.

Usage problématique d'amphétamines

L'indicateur de l'OEDT sur l'usage problématique de drogues (UPD) peut être utilisé de manière restrictive pour les amphétamines, de manière à définir des paramètres tels que la consommation par injection ou régulière/de longue durée. Un seul État membre (la Finlande) peut fournir une estimation récente de la consommation à problèmes d'amphétamines qui, en 2005, aurait touché entre 12 000 et 22 000 consommateurs (de 4,3 à 7,9 cas pour 1 000 dans

Tableau 3 — Prévalence de la consommation d'amphétamines dans la population générale: Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Toute la vie	Année dernière
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	11 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,3 %	0,6 %
Plage de données	0,1-11,9 %	0,0-1,3 %
Pays à la prévalence la plus faible	Grèce (0,1 %) Roumanie (0,2 %) Chypre (0,8 %)	Grèce, Malte (0,0 %) France (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Pays à la prévalence la plus élevée	Royaume-Uni (11,9 %) Danemark (6,9 %) Norvège (3,6 %) Irlande (3,5 %)	Royaume-Uni, Estonie (1,3 %) Norvège, Lettonie (1,1 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7 millions	2 millions
Moyenne européenne	5,1 %	1,3 %
Plage de données	0,2-16,5 %	0,1-2,9 %
Pays à la prévalence la plus faible	Grèce (0,1 %) Roumanie (0,2 %) Malte (0,7 %) Chypre (0,8 %)	Grèce (0,1 %) France (0,2 %) Chypre (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Pays à la prévalence la plus élevée	Royaume-Uni (16,5 %) Danemark (12,7 %) Norvège (5,9 %) Espagne, Lettonie (5,3 %)	Estonie (2,9 %) Royaume-Uni (2,7 %) Lettonie (2,4 %) Danemark (2,2 %)

Informations basées sur la dernière enquête disponible dans chaque pays. L'année de réalisation de l'étude varie de 2001 à 2007. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (328 millions), 15-34 ans (134 millions) et 15-24 ans (64 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2008.

la population des personnes âgées de 15 à 54 ans), soit environ quatre fois le nombre de consommateurs d'opiacés à problèmes dans ce pays.

Le nombre de demandes de traitement relatives à la consommation d'amphétamines est relativement peu élevé dans la plupart des pays européens. Toutefois, les traitements pour dépendance aux amphétamines représentent une part non négligeable du nombre total de demandes de traitement enregistré en Lettonie, en Suède et en Finlande, où 25 à 35 % des toxicomanes qui commencent un traitement indiquent que les amphétamines sont leur drogue primaire. Contrairement aux chiffres cités par d'autres pays, les traitements pour dépendance aux amphétamines représentent plus de 5 % des cas signalés au Danemark, en Allemagne et en Pologne uniquement, pays dans lesquels entre 6 et 9 % des toxicomanes en traitement mentionnent les amphétamines comme drogue primaire ([66]).

Dans la plupart des pays, à l'exception de la Suède et de la Finlande, la proportion de nouveaux patients suivant un traitement pour consommation primaire d'amphétamines est supérieure à celle de tous les patients déjà sous traitement en relation avec ces drogues. Entre 2002 et 2006, la proportion de nouveaux patients traités pour consommation primaire d'amphétamines est restée relativement stable sur l'ensemble du territoire européen, bien qu'une augmentation ait été relevée en Lettonie et au Danemark et que ce pourcentage ait baissé en Suède et en Finlande, tendance susceptible d'indiquer un vieillissement de la population ([67]).

Les consommateurs d'amphétamines entamant un traitement ont, en moyenne, autour de 29 ans et sont de sexe masculin. Bien que le rapport hommes/femmes soit d'environ 2:1, la proportion totale de femmes parmi les patients traités pour dépendance aux amphétamines est plus élevée que celle des autres drogues ([68]).

Usage problématique de méthamphétamines

Contrairement à d'autres régions du monde, où la consommation de méthamphétamines a augmenté ces dernières années, sa consommation en Europe reste limitée (Griffiths et al., 2008). Historiquement, la consommation de cette drogue en Europe était concentrée en République tchèque et, dans une certaine mesure, en Slovaquie. Or, seuls ces deux pays ont communiqué des estimations récentes de la consommation problématique. En 2006, on estimait le nombre de consommateurs de méthamphétamines à 17 500 à 22 500 (de 2,4 à 3,1 cas pour 1 000 dans la population des personnes âgées de 15 à 64 ans) en République tchèque, soit près de deux fois le nombre de consommateurs d'opiacés à problèmes, et à 6 200 à 15 500 (de 1,6 à 4,0 cas pour 1 000 dans la population des personnes âgées de 15 à 64 ans) en Slovaquie, soit un pourcentage inférieur de quelque 20 % au nombre estimatif de consommateurs d'opiacés à problèmes.

Ces cinq dernières années, les demandes de traitement pour dépendance aux méthamphétamines se sont multipliées dans les deux pays. Les méthamphétamines sont devenues la drogue primaire la plus souvent mentionnée par les personnes en demande d'un premier traitement en Slovaquie, où elles concernent 25 % de toutes les demandes de traitement pour toxicomanie. En République tchèque, 59 % de tous les toxicomanes en traitement indiquent que les méthamphétamines sont leur drogue primaire ([69]). Les clients en traitement pour dépendance aux méthamphétamines sont nombreux à déclarer s'injecter la drogue: près de 50 % en Slovaquie et 80 % en République tchèque.

Ecstasy

À en croire les estimations, environ 9,5 millions d'adultes européens ont pris de l'ecstasy au moins une fois, et quelque 3 millions (0,8 %) en ont consommé au cours de l'année écoulée (voir le tableau 4 pour une synthèse des données). Il existe des écarts considérables entre les pays. Ainsi, les études récentes montrent qu'entre 0,3 et 7,3 % de la population adulte (15 à 64 ans) ont essayé la drogue, et la plupart des pays font état d'estimations de la prévalence au cours de la vie comprises entre 1,3 et 3,1 %. La consommation de cette drogue au cours de l'année écoulée oscille entre 0,2 et 3,5 % dans les pays européens. Dans tous les recensements, comme pour la plupart des autres drogues illicites, la consommation était nettement plus forte chez les hommes que chez les femmes.

La consommation d'ecstasy était plus répandue chez les jeunes adultes (15 à 34 ans), chez qui la prévalence au cours de la vie au niveau national est estimée entre 0,5 % et 14,6 % et dont 0,4 % à 7,7 % déclarent avoir consommé cette drogue au cours de la dernière année. On estime que près de 7,5 millions d'Européens (5,6 % en moyenne) ont essayé l'ecstasy et que près de 2,5 millions en ont pris au cours des douze derniers mois. Ces chiffres sont encore plus élevés si on se limite

([66]) Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([67]) Voir la figure TDI-1 et les tableaux TDI-4 (partie ii), TDI-5 (partie ii) et TDI-36 du bulletin statistique 2008.
([68]) Voir tableau TDI-37 du bulletin statistique 2008.
([69]) Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2008.

Tableau 4 — Prévalence de la consommation d'ecstasy dans la population générale: Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Toute la vie	Année dernière
15-64 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	9,5 millions	2,6 millions
Moyenne européenne	2,8 %	0,8 %
Plage de données	0,3-7,3 %	0,2-3,5 %
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie (0,3 %) Grèce (0,4 %) Malte (0,7 %) Lituanie (1,0 %)	Grèce, Malte (0,2 %) Danemark, Pologne (0,3 %)
Pays à la prévalence la plus élevée	Royaume-Uni (7,3 %) République tchèque (7,1 %) Irlande (5,4 %) Espagne (4,4 %)	République tchèque (3,5 %) Royaume-Uni (1,8 %) Estonie (1,7 %) Slovaquie (1,6 %)
15-34 ans		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	2,5 millions
Moyenne européenne	5,6 %	1,8 %
Plage de données	0,5-14,6 %	0,4-7,7 %
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie (0,5 %) Grèce (0,6 %) Malte (1,4 %) Lituanie, Pologne (2,1 %)	Grèce (0,4 %) Italie, Pologne (0,7 %) Danemark, Lituanie, Portugal (0,9 %)
Pays à la prévalence la plus élevée	République tchèque (14,6 %) Royaume-Uni (13,0 %) Irlande (9,0 %) Slovaquie (8,4 %)	République tchèque (7,7 %) Royaume-Uni (3,9 %) Estonie (3,7 %) Pays-Bas, Slovaquie (2,7 %)

Informations basées sur la dernière enquête disponible dans chaque pays. L'année de réalisation de l'étude varie de 2001 à 2007. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (328 millions), 15-34 ans (134 millions) et 15-24 ans (64 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2008.

à une tranche d'âge inférieure: chez les 15-24 ans, la prévalence au cours de la vie est comprise entre 0,4 % et 18,7 %, bien que la plupart des pays fassent état d'une fourchette d'estimation de 2,5 à 8 % ([70]). Si la plupart des pays déclarent des estimations de consommation au cours de l'année écoulée de 1,3 à 4,6 % pour cette tranche d'âge, il existe un écart considérable entre l'estimation nationale la plus basse, de 0,3 %, et la plus haute, de 12 %, ce qui reflète bien la situation très différente de certains États membres.

Chez les élèves, on peut constater d'importantes hausses des niveaux de prévalence parallèlement à de faibles augmentations de l'âge. Ainsi, les données disponibles pour 16 pays montrent que, comparativement aux jeunes élèves, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie chez les élèves de 17 et 18 ans est, dans la plupart des cas, nettement plus forte, ce qui donne à penser que la première consommation de drogue a généralement lieu après l'âge de 16 ans ([71]).

En dépit de la parité entre le nombre de consommateurs d'ecstasy et d'amphétamines en Europe, très peu se présentent dans les services de soins. En 2006, dans la plupart des pays, moins de 1 % des toxicomanes commençant un traitement ont mentionné l'ecstasy comme leur drogue primaire et seul un nombre insignifiant de patients sont traités pour des problèmes liés à l'ecstasy. Seuls cinq pays rapportent avoir plus de 100 consommateurs d'ecstasy entamant un traitement (la France, l'Italie, la Hongrie, le Royaume-Uni et la Turquie), ce qui représente entre 0,5 et 4 % de tous les patients

([70]) Voir tableau GPS-17 du bulletin statistique 2008.
([71]) Voir tableaux EYE-1 et EYE-2 dans le bulletin statistique 2008.

toxicomanes dans ces pays. Avec une moyenne d'âge de 24-25 ans, les consommateurs d'ecstasy sont parmi les plus jeunes à entamer un traitement pour dépendance à la drogue, et ils déclarent régulièrement consommer parallèlement d'autres substances, dont du cannabis, de la cocaïne, de l'alcool et des amphétamines ([72]).

LSD

La prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD au sein de la population adulte (15 à 64 ans) oscille entre près de 0 et 5,4 %. Parmi les jeunes adultes (15 à 34 ans), les estimations portant sur la prévalence au cours de la vie sont légèrement plus élevées (0,3 à 7,1 %), bien qu'elles semblent plus faibles chez les 15-24 ans. En revanche, dans les rares pays dont les données sont comparables, la consommation de LSD est souvent inférieure à celle de champignons hallucinogènes, pour lesquels la prévalence au cours de la vie chez les jeunes adultes varie entre 1 et 9 % et la prévalence au cours de l'année écoulée est comprise entre 0,3 et 3 % (OEDT, 2006).

Tendances dans la consommation d'amphétamines et d'ecstasy

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

La consommation d'amphétamines (au cours des 12 derniers mois) chez les jeunes adultes (15 à 34 ans) au Royaume-Uni a considérablement reculé entre 1996 (6,5 %) et 2002 (3,1 %), après quoi les chiffres restent stables. Une augmentation marquée dans la consommation d'amphétamines a été observée au Danemark entre 1994 et 2000, mais les résultats de l'enquête de 2005 indiquent une baisse depuis le début de cette décennie ([73]). Parmi les autres pays faisant état d'enquêtes répétées sur une période analogue (l'Allemagne, la Grèce, l'Espagne, la France, les Pays-Bas, la Slovaquie et la Finlande), les tendances sont relativement stables ([74]). Au cours de la période allant de 2001 à 2006, sur les 14 pays disposant de données suffisantes sur la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de l'année écoulée chez les 15-34 ans, trois rapportent une diminution de 15 % ou plus, quatre une stabilisation et sept une hausse de 15 % ou plus.

Concernant la consommation d'ecstasy chez les jeunes adultes (15-34 ans), le tableau est plus contrasté, avec des niveaux de consommation qui restent élevés chez les jeunes hommes ([75]) et dans des études portant sur certains espaces récréatifs spécifiques. Après une augmentation généralisée de la consommation dans certains pays européens à la fin des années 80 et au début des années 90, qui a débouché sur des niveaux de consommation d'ecstasy analogues en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni vers le milieu des années 90, la prévalence de la consommation au cours de la dernière année est restée constamment plus élevée au Royaume-Uni que dans les autres pays ([76]). Entre 2001 et 2006, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes a diminué dans trois des 14 pays ayant fourni des informations suffisantes, alors qu'elle est restée stable dans cinq pays et a augmenté dans six.

Les données communiquées par quelques pays suggèrent que la cocaïne pourrait être en train de remplacer les amphétamines et l'ecstasy dans certains segments de la population toxicomane. Cela pourrait être le cas au Royaume-Uni et au Danemark et, dans une certaine mesure, en Espagne. Tant le Royaume-Uni que le Danemark font état d'une estimation assez élevée de la prévalence au cours de la vie, de 11,9 et 6,9 % respectivement. Toutefois, les données relatives à la consommation au cours de l'année et du mois derniers sont plus conformes à celles des autres pays. Dans ces pays, l'augmentation de la consommation de cocaïne semble s'être accompagnée, dans une certaine mesure d'une baisse de celle des amphétamines, ce qui donne à penser qu'un produit stimulant est en train d'en remplacer un autre sur ces marchés ([77]). Les possibles changements dans les tendances de la consommation de drogue dans d'autres pays (l'Allemagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas) sont moins évidents. Globalement, l'interaction entre différentes drogues susceptibles de plaire autant aux consommateurs reste mal comprise.

Une analyse des données des nouvelles enquêtes nationales en milieu scolaire publiées en 2007 (République tchèque, Espagne, Portugal, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni) étaye l'hypothèse d'une stabilisation générale de la situation, avec un statu quo, voire une légère baisse, dans la consommation au cours de la vie d'amphétamines et d'ecstasy.

([72]) Voir tableaux TDI-5 et TDI-37 (partie i), (partie ii) et (partie iii) du bulletin statistique 2008.
([73]) Au Danemark, en 1994, les informations font référence aux «drogues dures», terme qui couvrait essentiellement les amphétamines.
([74]) Voir figure GPS-8 du bulletin statistique 2008.
([75]) Voir figure GPS-9 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([76]) Voir figure GPS-21 du bulletin statistique 2008.
([77]) Voir «Le marché européen des stimulants: "pays à cocaïne" et "pays à amphétamines"?» , p. 54.

Espaces récréatifs

Consommation d'amphétamines et d'ecstasy dans les espaces récréatifs

Les études consacrées à la consommation de drogue dans les espaces récréatifs où de jeunes gens se rassemblent et dont on sait qu'ils sont parfois associés à la consommation de drogue (manifestations dansantes, festivals de musique, etc.) peuvent donner un point de vue utile sur le comportement des personnes consommant des amphétamines et de l'ecstasy de manière régulière et intensive. Dans ces espaces, les estimations de la consommation de drogue sont généralement élevées, mais ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population.

Une étude portant sur des jeunes de 15 à 30 ans qui sortent souvent en soirée réalisée en 2006 dans neuf grandes villes européennes (Athènes, Berlin, Brno, Lisbonne, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venise, Vienne) estime la prévalence au cours de la vie à 27 % pour l'ecstasy et à 17 % pour les amphétamines. La consommation fréquente de ces drogues était beaucoup plus faible. En effet, seul 1,4 % des répondants a déclaré avoir consommé de l'ecstasy au moins une fois par semaine et moins de 1 % des amphétamines. L'âge moyen auquel les personnes interrogées ont consommé ces drogues pour la première fois était de 18 ans ([78]). Une consommation concomitante d'alcool était courante: 34 % des personnes interrogées ont indiqué avoir été «saoules» plus de deux fois au cours des quatre semaines qui avaient précédé l'entretien. Ce taux d'ébriété était plus fréquemment observé chez les hommes que chez les femmes (42 et 27 %, respectivement) (Commission européenne, 2007b).

Une étude française réalisée en 2004 et 2005 dans cinq manifestations de musique électronique a révélé une prévalence au cours du dernier mois de 32 % pour l'ecstasy et de 13 % pour les amphétamines, sur un échantillon de 1 496 personnes interrogées. Toutefois, il convient de noter que la prévalence était plus grande au sein de sous-populations spécifiques caractérisées par des éléments de contre-culture et étiquetées «alternatives». Parmi ces sous-populations, les estimations relatives à la prévalence de l'ecstasy et des amphétamines étaient, respectivement, de 54 et de 29 %.

Interventions dans les espaces récréatifs

En Europe, une nouvelle tendance consiste, pour les autorités, à aborder collectivement les phénomènes des drogues licites et illicites lorsqu'elles envisagent les questions de l'ordre et de la santé publics à l'échelle locale. Cette approche est particulièrement pertinente pour les mesures visant des contextes dans lesquels la consommation de drogues de synthèse et de substances stimulantes va de pair avec celle d'alcool, comme dans les bars et boîtes de nuit. L'un des problèmes à cet égard réside dans le fait que les rôles relatifs des produits licites et illicites sont parfois difficiles à distinguer. La consommation d'alcool chez les jeunes fait l'objet d'inquiétudes croissantes en Europe et, en 2006, la Commission européenne a adopté une stratégie européenne en matière d'alcool, de manière à aider les États membres à réduire les risques liés à l'alcool chez les jeunes. En effet, la consommation dangereuse d'alcool est associée à un décès sur quatre chez les jeunes hommes (15 à 29 ans) et à un sur dix chez les jeunes femmes ([79]).

Les inquiétudes liées à la consommation concomitante de drogue et d'alcool chez les jeunes dans l'espace public ont conduit au développement de stratégies visant à modifier les environnements sociaux, économiques et physiques associés à la consommation d'alcool et de drogue, dans le but de: modifier les comportements de consommation et les normes; créer des conditions moins favorables à l'ivresse et réduire les conditions propices à l'apparition de problèmes liés à l'alcool et à la drogue ([80]). Diverses mesures destinées aux lieux de vie nocturne ont été prises par les États membres afin de réduire les risques ou d'apporter une contribution positive à l'environnement social. Parmi celles-ci: formation du personnel au bar et des agents de sécurité; meilleure application de la législation existante; sensibilisation aux risques liés aux substances; mise en place de services de transport de nuit et améliorations visant à sécuriser les lieux de sorties. Les mesures en la matière sont très variées. En voici quelques exemples: amélioration de l'éclairage public; mise à disposition d'eau potable; aération correcte, voire une structure permettant d'apporter une réponse rapide aux situations d'urgence médicale. Souvent, ces approches ont pour point commun de reposer sur un dialogue entre différentes parties, dont la police, les autorités délivrant les licences, les propriétaires des établissements et les prestataires de soins de santé, qui doivent travailler en partenariat afin d'identifier les besoins et les solutions possibles.

Le Danemark fournit un exemple de travail de ce type. Les restaurateurs et le personnel des lieux de sortie nocturne y suivent des formations, en coopération avec la police et les autorités municipales, afin de promouvoir des attitudes

([78]) Voir tableau EYE-2 du bulletin statistique 2008.
([79]) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf
([80]) http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies

propres à restreindre la consommation et la vente de drogue et d'alcool. Certaines approches mises au point par les différents États membres commencent également à retenir l'attention des autres, comme l'illustre le fait que les conseils pour des espaces de danse sûrs, mis au point au Royaume-Uni, soient désormais mis en œuvre à Paris et à Bruxelles. Les exploitants de boîtes contribuent, avec la participation des travailleurs sociaux et des autorités locales, à promouvoir la modération dans la boisson et à sensibiliser aux dangers de la drogue et de l'alcool, tout en renforçant la sécurité de leurs établissements (par exemple en proposant de l'eau gratuitement, en formant le personnel aux premiers secours, en mettant en place des espaces de repos).

La relation entre conduite automobile et consommation de drogue et l'alcool a également été incluse dans certaines stratégies environnementales. À titre d'exemples, citons la mise en place de moyens de transport pour les conducteurs sous influence, disponibles dans certaines boîtes de nuit parisiennes, et la promotion des transports publics par les boîtes de nuit bruxelloises. En Espagne, des campagnes de prévention centrées sur les «conducteurs désignés» et sur les risques de la conduite sous l'influence de substances psychoactives ont été menées, surtout le week-end. Ces campagnes ont sans doute contribué à la baisse de 16 % enregistrée en 2006 dans le nombre d'accidents de la route impliquant des jeunes de 18 à 20 ans en Espagne ([81]).

Les stratégies visant l'environnement dans lequel les jeunes consomment de la drogue et de l'alcool semblent avoir un potentiel considérable dans la sauvegarde de la santé publique et dans l'amélioration de la sécurité publique, avec des avantages qui dépassent les consommateurs de drogue et touchent la communauté dans son ensemble. Toutefois, en Europe, les approches de ce type tendent aujourd'hui à se limiter aux zones à problèmes connues, souvent dans les grands centres urbains, et sont rarement mises en œuvre de manière globale, ce qui suggère fortement qu'il existe un réel potentiel d'investissement et de développement dans cette direction. Plus généralement, dans ce domaine, l'accent est mis sur des mesures visant des comportements problématiques spécifiques, ou certains aspects de l'environnement, et non sur la mission plus générale de cadrer les mythes normatifs et les attitudes des jeunes vis-à-vis de la drogue et de l'alcool dans certains contextes.

Traitement

Dans la plupart des États membres, la demande limitée se reflète dans le peu de services de traitement s'adressant spécifiquement aux consommateurs d'amphétamines, de méthamphétamines ou d'ecstasy. Cette situation est quelque peu différente dans plusieurs États membres présentant des populations bien établies de consommateurs chroniques d'amphétamines ou de méthamphétamines. Dans ces pays (et surtout en République tchèque, en Slovaquie, en Finlande et en Suède), les consommateurs d'amphétamines et de méthamphétamines sont soignés au sein de centres spécialisés. L'offre thérapeutique semble résider dans une désintoxication, suivie par une thérapie individuelle dans une structure de soins ambulatoires ou une thérapie de groupe, soit en milieu ambulatoire, soit en milieu hospitalier.

On constate généralement l'absence d'options thérapeutiques éprouvées pour guider le traitement de la dépendance aux psychostimulants tels que les amphétamines et la cocaïne. Comme nous le verrons au chapitre 5, aucun agent pharmacologique ne permet actuellement aux consommateurs de mieux vivre leur abstinence ou de réduire les phénomènes de manque associés à la dépendance aux psychostimulants. Par ailleurs, la littérature suggère qu'aucune mesure psychosociale ne s'est montrée réellement efficace pour aider les consommateurs de psychostimulants à rester sobres.

([81]) Pour plus d'informations sur les campagnes de prévention en Europe, voir la question particulière consacrée aux drogues et à la conduite automobile, 2007.

Chapitre 5
Cocaïne et crack

Introduction

Les dernières données en date indiquent que l'augmentation globale de la consommation de cocaïne en Europe se poursuit. Les enquêtes de population effectuée dans plusieurs pays font état d'une hausse marquée de la consommation chez les jeunes depuis le milieu des années 90. Les résultats d'études ciblées viennent d'ailleurs confirmer ces conclusions. Il en ressort que de très hauts niveaux de consommation de cocaïne sont observés dans certains espaces récréatifs (sorties nocturnes et événements liés à la dance music). Parallèlement à cela, les indicateurs de la disponibilité de la cocaïne en Europe, dont le nombre de saisies de cette drogue réalisées et les quantités interceptées, ont enregistré une croissance spectaculaire.

Dans certains États membres de l'UE, les demandes de traitement pour dépendance à la cocaïne se sont multipliées ces dernières années et, à l'heure actuelle, dépassent même celles liées aux opiacés dans certains pays, villes et régions. En outre, une part substantielle des consommateurs d'opiacés en traitement mentionnent la cocaïne comme drogue secondaire, ce qui contribue peut-être à leurs problèmes et est susceptible de compliquer leur prise en charge. Dans de nombreux pays, la cocaïne apparaît également dans l'analyse toxicologique d'une forte proportion des décès liés à la drogue, souvent en combinaison avec des opiacés et d'autres substances.

Le fait qu'il existe des écarts considérables dans la situation des différents pays — certains d'entre eux n'affichant encore que de très faibles niveaux de consommation — constitue un important bémol à l'observation selon laquelle, dans l'ensemble, la consommation de cocaïne s'intensifie en Europe. Les problèmes liés à la cocaïne au niveau national sont également très variables. Ainsi, la majorité de toutes les demandes de traitement pour dépendance à la cocaïne recensées en Europe ne concerne qu'un nombre relativement limité de pays.

Offre et disponibilité

Production et trafic

La culture de la coca, plante à la base de la cocaïne, reste concentrée dans quelques pays de la chaîne des Andes ([82]). L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (2008) estime à 994 tonnes de chlorhydrate de cocaïne pur la production potentielle de cocaïne pour 2007, dont 61 % en Colombie, 29 % au Pérou et 10 % en Bolivie. L'analyse du nombre de laboratoires démantelés donne à penser que la majeure partie de la production reste le fait de ces trois pays, bien qu'elle puisse également avoir lieu dans d'autres régions d'Amérique latine, avant que la cocaïne soit exportée vers ses principaux marchés, à savoir l'Amérique du Nord et l'Europe. Les informations relatives au trafic illicite du permanganate de potassium (un réactif chimique utilisé dans la synthèse du chlorhydrate de cocaïne) étayent cette hypothèse, puisque la Colombie est responsable de la saisie de 99 des 101 tonnes de ce produit interceptées dans le monde en 2006 (OICS, 2008b).

La cocaïne produite dans les Andes est ensuite passée clandestinement en Europe au départ de pays sud-américains (via le Brésil, l'Équateur et le Venezuela). Si les Caraïbes constituent toujours une importante zone de transit pour la cocaïne destinée au marché européen, son transbordement via des pays d'Afrique de l'Ouest, et plus particulièrement via le golfe de Guinée et au large du Cap-Vert, de la Guinée et de la Guinée-Bissau, a connu une augmentation marquée ces dernières années (CND, 2008; OICS, 2008a) ([83]). L'Espagne et le Portugal restent les principales portes d'entrée de la cocaïne en Europe, le rôle de ce dernier s'étant d'ailleurs considérablement renforcé depuis 2005. Toutefois, la cocaïne arrive aussi en Europe plus directement, soit par l'Atlantique soit par voie aérienne, surtout aux Pays-Bas, en Belgique, en Italie, au Royaume-Uni et en Allemagne. Les Pays-Bas et la France sont d'ailleurs identifiés comme d'importantes plaques tournantes pour la distribution de la cocaïne en Europe (Europol, 2007b). Plus récemment, on a observé l'apparition de cocaïne importée

([82]) Pour plus d'informations sur les sources des données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues, voir p. 40.
([83]) Voir aussi «Afrique occidentale: nouveau centre de transit pour le trafic à destination de l'Europe», p. 64.

par l'intermédiaire de pays d'Europe orientale (la Bulgarie, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Roumanie et la Russie), ce qui semble indiquer que les trafiquants mettent en place de nouvelles routes dans cette partie de l'Europe.

Saisies

La cocaïne est la drogue qui fait l'objet du trafic le plus intense dans le monde, après le cannabis végétal et la résine de cannabis. En 2006, les saisies de cocaïne à l'échelle mondiale ont légèrement diminué, atteignant ainsi 706 tonnes. L'Amérique du Sud reste la région du monde qui intercepte les plus grandes quantités de la drogue (45 % des saisies totales), suivie par l'Amérique du Nord (24 %) et l'Europe occidentale et centrale (17 %) (ONUDC, 2008).

En Europe, le nombre des saisies de cocaïne est en augmentation constante depuis 20 ans, y compris au cours de la période comprise entre 2001 et 2006, exception faite d'un recul en 2003. La quantité de cocaïne interceptée a elle aussi cru ces dix dernières années, mais avec des fluctuations régulières. En 2006, le nombre des saisies de cocaïne en Europe est ainsi passé à 72 700, pour une quantité totale de 121 tonnes ([84]). L'Espagne est restée le pays d'Europe à déclarer le plus de saisies, soit 58 % de toutes celles effectuées et 41 % des quantités interceptées en Europe cette année-là. La forte augmentation des quantités saisies au Portugal depuis 2005 (28 % de l'ensemble des saisies effectuées en Europe en 2006) montre que les trafiquants de cocaïne passent de plus en plus par la Péninsule ibérique pour faire entrer leurs produits sur le marché européen.

Pureté et prix

Généralement, la pureté de la cocaïne saisie en Europe était comprise entre 1 et 90 % en 2006, bien que la plupart des pays fassent état d'une fourchette de valeurs allant de 25 à 55 % ([85]). La plupart des 23 pays qui ont communiqué des données suffisantes indiquent que la pureté de la cocaïne a eu tendance à diminuer entre 2001 et 2006. Des augmentations ont toutefois été relevées en Grèce et en France au cours de la période 2003-2006.

En 2006, le prix de vente au détail moyen de la cocaïne oscillait entre 50 et 75 euros le gramme dans la plupart des pays européens. En revanche, Chypre, la Roumanie, la Suède et la Turquie avançaient des chiffres plus élevés. Entre 2001 et 2006, le prix de la cocaïne vendue en rue a baissé dans les 18 pays qui ont fourni des données suffisantes, à l'exception de la Roumanie, où une hausse des prix (corrigés de l'inflation) a été constatée.

Afrique occidentale: nouveau centre de transit régional pour le trafic à destination de l'Europe

Au cours des cinq dernières années, l'Afrique occidentale est apparue comme une région importante pour le trafic de cocaïne à destination de l'Europe ([1]), faisant office de site de transit, de stockage et de reconditionnement (Europol, 2007b; ONUDC 2007b; USDS, 2008). On estime que presque un quart de la cocaïne parvenue en Europe en 2007 a transité par cette région (ONUDC, 2008). Dans un contexte de progression de la consommation de cocaïne en Europe, on estime que la croissance du trafic par le biais de l'Afrique occidentale a contribué à la diminution du prix de la drogue, tout en renforçant le rôle de la Péninsule ibérique comme point d'entrée pour la distribution de cocaïne en Europe (Europol, 2007b).

La cocaïne est expédiée de l'Afrique occidentale vers l'Europe principalement par mer, avec d'importantes cargaisons transportées par des navires de pêche vers des sites de déchargement localisés principalement sur la côte du Nord du Portugal et en Galice (Espagne). De plus petites quantités de cocaïne sont transportées par voie aérienne ou par route, de plus en plus souvent accompagnées de résine de cannabis de contrebande en provenance d'Afrique du Nord.

Le développement de la route de l'Afrique occidentale s'explique par plusieurs facteurs, parmi lesquels des contrôles plus efficaces sur les itinéraires alternatifs (Europol, 2007b), la position géographique de l'Afrique occidentale et les vulnérabilités économiques des pays de la région, qui affaiblissent souvent les systèmes judiciaires et répressifs.

La communauté internationale a lancé plusieurs initiatives pour s'attaquer au problème. Parmi d'autres initiatives entreprises par l'Union européenne, le Conseil, par le biais de son groupe horizontal «Drogue», a placé l'Afrique occidentale au sommet de l'agenda et a présenté une résolution pour le renforcement de l'aide internationale à l'Afrique occidentale à la commission des Nations unies sur les narcotiques de 2008. Par ailleurs, sept États membres, avec le soutien de l'UE, ont agi de concert pour créer le Centre d'opération et d'analyse maritime de lutte contre le trafic de drogue (MAOC-N), un centre répressif établi à Lisbonne, bénéficiant d'un soutien militaire, dont le but est d'éradiquer le trafic de cocaïne, en s'intéressant principalement à la partie orientale de l'Atlantique.

([1]) L'ONUDC (2007b) rapporte que le Sénégal, le Ghana, la Mauritanie, la Guinée-Bissau, le Cap-Vert, le Nigeria, le Bénin et la Sierra Leone ont enregistré les saisies les plus importantes en 2006/2007.

([84]) Pour les données concernant les saisies de cocaïne effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre, voir les tableaux SZR-9 et SZR-10 du bulletin statistique 2008. Notez qu'en l'absence de données nationales pour 2006, les données correspondantes pour 2005 ont été utilisées afin d'estimer les totaux à l'échelle européenne.

([85]) Voir tableaux PPP-3 et PPP-7 du bulletin statistique 2008 pour plus d'informations sur les prix et la pureté.

Prévalence et modes de consommation

La diversité ne concerne pas que les niveaux globaux de consommation de cocaïne déclarés par les États membres, mais également les caractéristiques des consommateurs eux-mêmes, qui appartiennent à un vaste continuum social, allant des membres de la société les plus privilégiés aux plus marginalisés. Les modes de consommation sont dès lors eux aussi très variés, de la prise occasionnelle et récréative à une consommation compulsive et marquée par la dépendance. La forme sous laquelle la cocaïne est consommée (chlorhydrate de cocaïne ou crack), et son mode d'administration, viennent encore compliquer le tableau. Cette diversité est une considération d'importance, tant pour mieux comprendre les différents problèmes susceptibles d'être associés aux différents modes de consommation que pour mieux éclairer le ciblage et la mise en place de services destinés à des groupes d'utilisateurs disparates.

Dans la population générale

Globalement, bien que sa consommation varie fortement d'un pays à l'autre, la cocaïne reste la deuxième drogue illicite en Europe après le cannabis. On estime à quelque 12 millions le nombre d'Européens qui en ont consommé au moins une fois dans leur vie, soit une moyenne de 3,6 % des adultes âgés entre 15 et 64 ans (voir le tableau 5 pour une synthèse des données). Les chiffres nationaux oscillent entre 0,4 % et 7,7 %. À cet égard, douze pays, principalement des États ayant rejoint l'Union européenne depuis 2004, font état de très faibles niveaux de prévalence au cours de la vie chez la population adulte (0,4 à 1,2 %).

On estime qu'environ 4 millions d'Européens ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée (1,2 % en moyenne), bien qu'une fois encore il existe des écarts considérables entre pays. C'est ce qui ressort de récentes études nationales, estimant la prévalence au cours de la dernière année à 0,1-3 %. Il convient toutefois de noter que les chiffres ne dépassent 1 % que dans quatre pays. Estimée à 2 millions de personnes, la prévalence au cours du dernier mois correspond à peu de choses près à la moitié de la prévalence au cours de l'année écoulée et concerne quelque 0,5 % de la population adulte. Il est probable qu'il s'agisse là d'hypothèses basses.

Dans l'ensemble, la consommation de cocaïne semble se concentrer dans quelques pays, et plus particulièrement en Espagne et au Royaume-Uni et, dans une moindre mesure, en Italie, au Danemark et en Irlande. Dans la plupart des autres pays européens, la consommation de la drogue est relativement faible. Dans les pays où les amphétamines dominent le marché des drogues stimulantes illicites, les estimations de la consommation de cocaïne sont basses dans pratiquement tous les cas. À l'inverse, là où la cocaïne est le principal stimulant illicite, les amphétamines sont peu répandues ([86]).

Estimer la consommation de cocaïne en analysant les eaux usées municipales

L'application de récents progrès en chimie analytique à la détection de cocaïne dans les eaux usées a créé une nouvelle approche pour le suivi de la consommation des drogues illicites dans la communauté, connue sous le nom d'«épidémiologie des eaux usées». La méthode implique la mesure des taux des éléments de décomposition des drogues illicites excrétés dans l'urine des consommateurs. Les taux mesurés dans les eaux usées sont ensuite augmentés proportionnellement pour calculer la consommation de drogues illicites au sein de la population. Dans le cas de la cocaïne, le principal métabolite excrété est la benzoylecgonine. La dégradation de la cocaïne dans le corps humain étant la seule explication plausible de la présence de benzoylecgonine dans les égouts, avec certaines hypothèses, il est possible, à partir des quantités de métabolites trouvées dans les eaux usées, de calculer la quantité de cocaïne consommée au sein de la communauté (sans toutefois aller jusqu'au nombre de consommateurs).

L'épidémiologie des eaux usées en est encore à ses balbutiements et, outre le fait qu'elle pose d'importantes questions techniques et éthiques, les informations qu'elle offre doivent être intégrées dans la réflexion scientifique actuelle. Ces questions sont abordées dans la nouvelle publication de l'OEDT traitant de l'analyse des eaux usées (OEDT, 2008b). Rassemblant des experts de nombreuses disciplines, le rapport conclut que, même si de nouveaux progrès sont nécessaires, l'épidémiologie des eaux usées recèle un potentiel pour la surveillance des drogues au niveau de la communauté. L'approche pourrait également faire office d'outil de surveillance des drogues pour aider les responsables de la santé publique et de la répression à identifier les habitudes de consommation de drogue dans des municipalités de tailles différentes. Par ailleurs, puisque le prélèvement d'échantillons et l'analyse des eaux usées peuvent être réalisés sur une base quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, les données pourraient potentiellement être utilisées pour donner une mesure s'approchant plus du temps réel, offrant aux communautés davantage de possibilités de suivre l'impact et l'efficacité de leurs actions de prévention et d'intervention.

Consommation de cocaïne chez les jeunes adultes

La consommation de cocaïne se concentre essentiellement chez les jeunes adultes (15 à 34 ans). Ainsi, parmi les 4 millions d'Européens qui ont consommé la drogue au cours de l'année écoulée, il est probable que sept sur huit soient de jeunes adultes.

En Europe, on estime à 7,5 millions, soit une moyenne de 5,4 %, le nombre de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) qui

([86]) Voir «Le marché européen des stimulants: "pays à cocaïne" et "pays à amphétamines"?» , p. 54.

ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie. Les chiffres nationaux oscillent entre 0,7 et 12,7 %. La moyenne européenne relative à la consommation de cocaïne au cours de l'année écoulée au sein de cette tranche d'âge est estimée à 2,3 % (3,5 millions de personnes) et à 1 % (1,5 millions) pour la consommation au cours du dernier mois.

La consommation est particulièrement élevée chez les jeunes hommes (15 à 34 ans), avec une prévalence au cours de l'année écoulée comprise entre 4 et 7 % en Espagne, au Danemark, en Irlande, en Italie et au Royaume-Uni ([87]). Le ratio de prévalence hommes/femmes pour la consommation au cours de la dernière année varie entre 1:1 et 1:13 chez les jeunes adultes de différents pays. Les moyennes pondérées pour l'Union européenne dans son ensemble suggèrent que, chez les consommateurs de cocaïne âgés entre 15 et 34 ans, le ratio hommes/femmes était de près de 4:1 (3,8 hommes pour 1 femme).

Les mesures portant sur la consommation récente (année et mois écoulés) sont plus élevées dans le groupe de 15-24 ans, bien que ce phénomène soit moins marqué que dans le cas du cannabis ou de l'ecstasy ([88]). La prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la dernière année pour cette tranche d'âge est estimée à 2,6 %, ce qui correspond à 2 millions de 15-24 ans.

La consommation de cocaïne est aussi associée à certains styles de vie. Une analyse des données issues de l'enquête britannique 2003/2004 sur la criminalité estimait que quelque 13 % des 16-29 ans fréquentant régulièrement des bars ou des bars à vin déclaraient avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée, contre 3,7 % chez les visiteurs plus occasionnels. Parmi les 30-59 ans, les chiffres étaient de 3,1 % et 1 %, respectivement. La consommation de crack rapportée dans la même étude était très faible, même au sein du groupe des gros consommateurs de cocaïne. Ces résultats viennent appuyer les conclusions d'études plus ciblées, qui laissent apparaître un profil de consommateur différent pour la cocaïne en poudre et pour le crack. Il est probable que dans d'autres pays, la consommation de cocaïne soit également associée à des modes de vie analogues.

Les études menées dans les espaces récréatifs concluent souvent à une forte prévalence de la consommation de cocaïne. Ainsi, une étude menée en 2006 dans neuf grandes villes européennes (Athènes, Berlin, Brno, Palma, Lisbonne, Liverpool, Ljubljana, Venise et Vienne), portant sur 1 383 jeunes âgés entre 15 et 30 ans qui «sortent régulièrement en boîte de nuit», a révélé que 29 % d'entre eux déclaraient avoir consommé de la drogue au moins une fois et près de 4 % avoir pris de la cocaïne au moins une fois par semaine à un moment donné (Commission européenne, 2007b). Des niveaux de prévalence plus élevés ont également été rapportés dans une étude française de 2004 et 2005 concernant 1 496 personnes interrogées dans cinq manifestations différentes liées à la musique électronique. Près de 35 % de l'échantillon avait consommé de la cocaïne et 6 % du crack ou du free-base au cours du mois écoulé. L'étude faisait également état de différences entre sous-populations: la prévalence au cours du dernier mois était de 50 % pour la cocaïne et de 13 % pour le crack chez les personnes qualifiées d'«alternatives», alors que, dans les sous-populations plus «classiques», 25 % avaient consommé de la cocaïne et 2 % du crack au cours du mois écoulé.

Consommation de cocaïne chez les élèves

Chez les élèves, les taux de prévalence globaux de la consommation de cocaïne sont très inférieurs à ceux de la consommation de cannabis. Dans la plupart des pays, la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans est de 2 % ou moins et n'atteint 4 % qu'en Espagne et 5 % au Royaume-Uni ([89]). Dans les pays qui ont communiqué des données récentes issues d'enquêtes nationales en milieu scolaire (Espagne, Portugal, Slovaquie, Suède, Royaume-Uni), la prévalence de la consommation de cocaïne est stable ou en légère baisse, bien que l'évolution soit généralement trop faible pour être pertinente à des fins statistiques. En Espagne, une étude récente révèle une diminution significative chez les élèves âgés de 17 à 18 ans.

Modes de consommation de la cocaïne

Les données d'enquêtes de population générales suggèrent un fort taux de décrochage chez les consommateurs de cocaïne: dans les pays où la prévalence au cours de la dernière année est supérieure à 2 %, entre 80 et 90 % des adultes qui ont consommé de la cocaïne au moins une fois dans leur vie n'en ont pas pris au cours du mois écoulé ([90]).

Seules des informations limitées sont disponibles quant à la fréquence de la consommation de cocaïne en Europe. Une analyse de l'enquête britannique sur la criminalité a révélé que près de 20 % des jeunes (16 à

([87]) Voir figure GPS-13 du bulletin statistique 2008.
([88]) Voir figure GPS-15 et tableaux GPS-14 à GSP-16 pour toutes les années; tableaux GPS-17 à GPS-19 pour les données les plus récentes, dans le bulletin statistique 2008.
([89]) Voir tableau EYE-1 du bulletin statistique 2008.
([90]) Voir figure GPS-16 du bulletin statistique 2008.

Tableau 5 — Prévalence de la consommation de cocaïne dans la population générale: Résumé des données

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Toute la vie	Année dernière	Mois dernier
15-64 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	12 millions	4 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,6%	1,2%	0,5%
Plage de données	0,4-7,7%	0,1-3,0%	0-1,6%
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie, Malte, Lituanie (0,4%) Grèce (0,7%)	Grèce (0,1%) Pologne, Lettonie, République tchèque (0,2%)	Grèce, Estonie, République tchèque (0,0%) Malte, Lituanie, Pologne, Finlande, Lettonie (0,1%)
Pays à la prévalence la plus élevée	Royaume-Uni (7,7%) Espagne (7,0%) Italie (6,6%) Irlande (5,3%)	Espagne (3,0%) Royaume-Uni (2,6%) Italie (2,2%) Irlande (1,7%)	Espagne (1,6%) Royaume-Uni (1,3%) Italie (0,8%) Irlande (0,5%)
15-34 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	3,5 millions	1,5 millions
Moyenne européenne	5,4%	2,3%	1%
Plage de données	0,7-12,7%	0,2-5,4%	0,0-2,8%
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie, Lituanie (0,7%) Malte (0,9%) Grèce (1,0%)	Grèce (0,2%) Pologne (0,3%) Lettonie, République tchèque (0,4%)	Estonie (0,0%) Grèce, Pologne, Lettonie, République tchèque (0,1%)
Pays à la prévalence la plus élevée	Royaume-Uni (12,7%) Espagne (9,6%) Danemark (9,1%) Irlande (8,2%)	Royaume-Uni (5,4%) Espagne (5,2%) Italie (3,2%) Irlande (3,1%)	Espagne (2,8%) Royaume-Uni (2,7%) Italie (1,2%) Danemark, Irlande (1,0%)
15-24 ans			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	3 millions	2 millions	800 000
Moyenne européenne	4,5%	2,6%	1,2%
Plage de données	0,4-11,2%	0,2-6,1%	0,0-3,2%
Pays à la prévalence la plus faible	Roumanie (0,4%) Grèce (0,6%) Lituanie (0,7%) Malte, Pologne (1,1%)	Grèce (0,2%) Pologne (0,3%) République tchèque (0,4%) Lettonie (0,6%)	Estonie (0,0%) Grèce, Lettonie (0,1%) République tchèque, Pologne, Portugal (0,2%)
Pays à la prévalence la plus élevée	Royaume-Uni (11,2%) Espagne (8,7%) Danemark (8,0%) Irlande (7,0%)	Royaume-Uni (6,1%) Espagne (5,8%) Irlande (3,8%) Danemark, Italie (3,3%)	Royaume-Uni (3,2%) Espagne (3,1%) Italie (1,3%) Bulgarie, Irlande (1,1%)

Informations basées sur la dernière enquête disponible dans chaque pays. L'année de réalisation de l'étude varie de 2001 à 2007. La prévalence moyenne a été calculée par une moyenne pondérée en fonction de la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Dans les pays où aucune information n'était disponible, la prévalence moyenne de l'UE a été attribuée. Populations utilisées comme base: 15-64 ans (328 millions), 15-34 ans (134 millions) et 15-24 ans (64 millions). Les données résumées ici sont disponibles dans les enquêtes auprès de la population générale du bulletin statistique 2008.

24 ans) qui avaient consommé de la drogue au cours de 12 derniers moins en prenaient plus d'une fois par mois. Il ressort d'une étude européenne visant des échantillons de consommateurs de cocaïne dans neuf grandes villes (Prinzleve et al., 2004) que la fréquence de consommation déclarée était en moyenne plus faible chez les utilisateurs bien intégrés (sept jours par mois) que chez les exclus (11 jours) ou chez les consommateurs d'opiacés en traitement (14 jours).

Consommation problématique de cocaïne et demandes de traitement

Les estimations nationales de la consommation problématique de cocaïne (consommation par injection ou consommation régulière/de longue durée) ne sont disponibles que pour l'Espagne et l'Italie, et des chiffres régionaux pour le Royaume-Uni. À en croire les dernières données de l'Espagne, en 2002, il y avait entre 4,5 et 6 consommateurs de cocaïne à problèmes pour 1 000 adultes (15 à 64 ans). De la même manière, en Italie, en 2006, on estimait le nombre de consommateurs de cocaïne à problèmes à 3,7 à 4,5 pour 1 000 adultes. Les informations fournies par le Royaume-Uni ne sont pas directement comparables avec celles de l'Espagne et de l'Italie, car elles ont trait au crack. En 2004/2005, une étude estimait le nombre de consommateurs de crack à problèmes en Angleterre entre 5,7 et 6,4 pour 1 000 adultes.

En Europe, en 2006, la cocaïne, et surtout la cocaïne en poudre, était citée comme la principale raison de commencer un traitement pour toxicomanie par environ 16 % de tous les patients en traitement, ce qui correspond à 61 000 cas déclarés dans 24 pays ([91]). La cocaïne était également mentionnée comme drogue secondaire par quelque 18 % de tous les patients recevant des soins ambulatoires pour dépendance à la drogue ([92]). Il existe un écart important entre les pays. Ainsi, si les consommateurs de cocaïne représentent une forte part des patients en traitement en Espagne (47 %) et aux Pays-Bas (35 %), ils ne sont que 25 % en Italie. Ailleurs en Europe, la cocaïne représente entre 5 et 10 % de toutes les demandes de traitement (10 pays) ou moins de 5 % (12 pays) ([93]).

La proportion des consommateurs de cocaïne est plus importante chez ceux qui commencent un traitement pour la première fois. En Europe, en 2006, la cocaïne était mentionnée comme drogue primaire par 23 % des nouveaux patients (près de 37 000 personnes) ([94]).

En Espagne, selon les dernières données, en 2005, la cocaïne était la drogue primaire la plus souvent citée par les personnes entamant un traitement, et les nouveaux patients soignés pour dépendance à la cocaïne représentaient 63 % de tous les nouveaux toxicomanes espagnols en traitement.

Tendances de la consommation de cocaïne

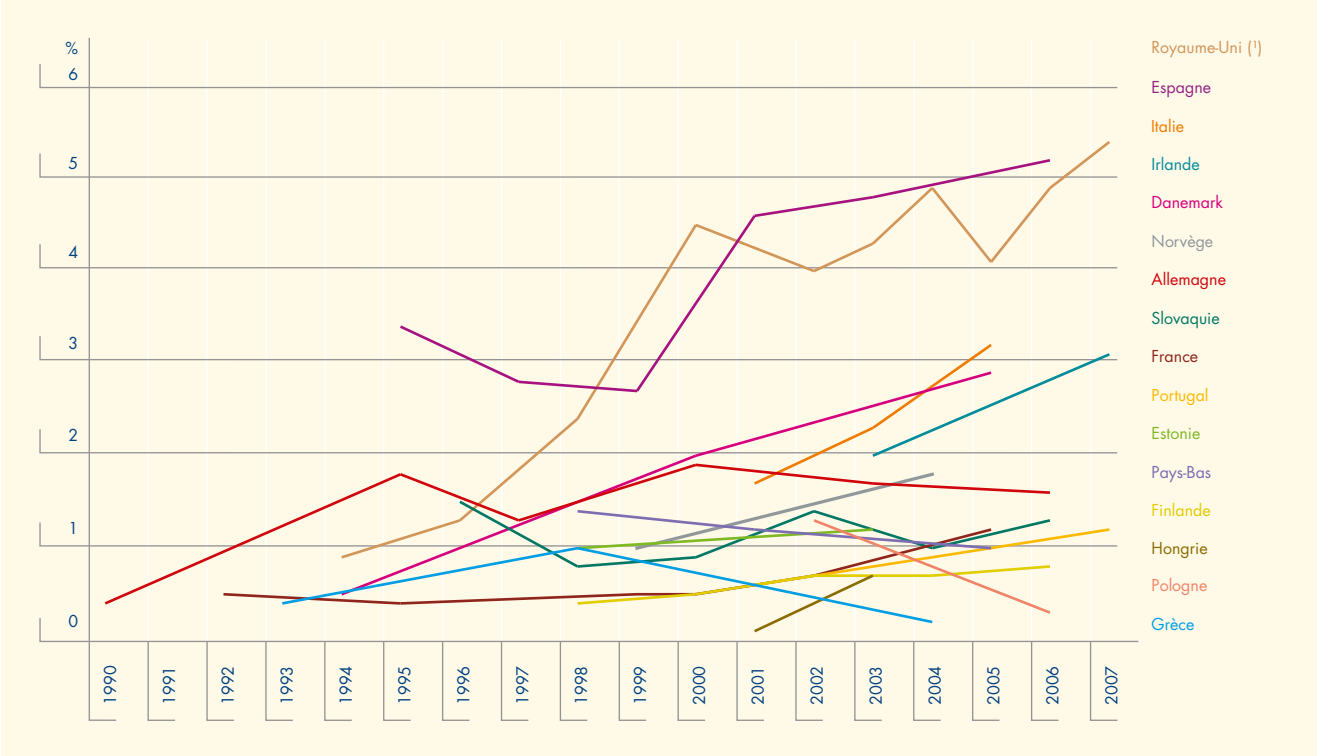
Si l'on s'en réfère à la prévalence au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15 à 34 ans) en tant qu'indicateur des tendances de consommation (l'usage de la cocaïne se concentrant essentiellement dans cette tranche d'âge), on s'aperçoit que la consommation de cocaïne a considérablement augmenté au cours de la seconde moitié des années 90 en Espagne, au Danemark et au Royaume-Uni. Les nouvelles données (études de 2005 à 2007) confirment cette tendance à la hausse déjà constatée l'année dernière en France, en Irlande, en Espagne, au Royaume-Uni, en Italie, au Danemark et au Portugal; en Allemagne, aux Pays-Bas, en Slovaquie et en Finlande, une prévalence stable est observée; et, en Pologne, on signale un recul (voir la figure 5).

La multiplication des demandes de traitement pour dépendance à la cocaïne observée ces dernières années semblent se confirmer, bien que ces chiffres soient influencés de manière disproportionnée par certains pays. Entre 2002 et 2006, la part des nouveaux clients demandant un traitement pour consommation primaire de cocaïne est passée de 13 à 25 %, et le nombre de cas signalés a augmenté de quelque 13 000 à près de 30 000. Une hausse a également été observée dans le nombre et dans le pourcentage de tous les consommateurs de cocaïne commençant un traitement pour toxicomanie: de 22 000 patients (13 % de toutes les demandes de traitement) en 2002 à 50 000 (19 %) en 2006. Les plus fortes progressions ont été constatées en Italie et en Espagne ([95]).

L'augmentation du nombre de consommateurs de cocaïne commençant un traitement est peut-être liée à la hausse de la prévalence de cette drogue et des problèmes connexes, mais aussi à d'autres facteurs (par exemple accroissement du nombre de renvois et mesures visant spécifiquement les consommateurs de cocaïne). Par ailleurs, les proportions par type de drogue sont manifestement influencées par l'évolution de la demande de traitement émanant des utilisateurs d'autres substances.

([91]) Voir tableau TDI-115 et figure TDI-2 du bulletin statistique 2008.
([92]) Voir tableau TDI-22 (partie i) du bulletin statistique 2008.
([93]) Voir tableau TDI-5 (partie ii) du bulletin statistique 2008; pour l'Espagne, les données concernent 2005.
([94]) Voir figure TDI-2 du bulletin statistique 2008.
([95]) Voir figures TDI-1 et TDI-3 et tableaux TDI-3 (partie ii) du bulletin statistique 2008.

Figure 5 — Tendances de la prévalence au cours de l'année dernière de l'usage de cocaïne chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans)



(1) Angleterre et pays de Galles.
NB: Au Danemark, la valeur pour 1994 correspond aux «drogues dures». Pour obtenir davantage d'informations, voir la figure GPS-14 du bulletin statistique 2008.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2007), extraits d'enquêtes de population, de rapports ou d'articles scientifiques.

Comparaisons internationales

Dans l'ensemble, les estimations de la prévalence au cours de la vie pour la cocaïne sont plus faibles chez les jeunes adultes de l'Union européenne que chez leurs homologues australiens, canadiens et américains. Toutefois, au niveau national, le Danemark, l'Irlande, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) font état de chiffres plus élevés que l'Australie. Seul le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) rapporte une prévalence au cours de la vie analogue à celle des États-Unis ([96]). À certains égards, cette mesure peut être considérée comme reflétant l'évolution historique du problème de la cocaïne et de l'expérience antérieure des États-Unis et, dans le contexte européen, du Royaume-Uni, en matière de consommation répandue de cocaïne.

Traitement et réduction des risques

Profil des patients en traitement

Les centres de soins ambulatoires gèrent presque toutes (94 %) les demandes de traitement pour dépendance à la cocaïne enregistrées en Europe ([97]). Toutefois, il convient de noter que ce traitement a parfois lieu dans des cliniques privées, éventuellement en milieu hospitalier, et que cette forme de soins n'est pas bien prise en compte dans l'actuel système de suivi.

Les consommateurs de cocaïne commençant un traitement dans une structure ambulatoire présentent le ratio hommes/femmes le plus élevé chez les patients traités pour toxicomanie (5 hommes pour 1 femme). Par ailleurs, leur âge moyen est de 31 ans ([98]), ce qui en fait le troisième groupe de patients toxicomanes en termes d'âges, après les consommateurs d'opiacés et les utilisateurs de produits hypnotiques et de sédatifs. La plupart des consommateurs de cocaïne déclarent avoir commencé à utiliser la drogue entre 15 ans et 24 ans ([99]). Il existe des écarts considérables entre pays dans le mode d'administration utilisé par les consommateurs de cocaïnes. Dans l'ensemble, la moitié environ (55 %) des consommateurs de cocaïne déclarent la sniffer, près d'un tiers (32 %) la fumer et une proportion beaucoup plus réduite (9 %) se l'injecter ([100]). Globalement, on peut

([96]) Voir figure GPS-20 du bulletin statistique 2008.
([97]) Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2008.
([98]) Voir tableaux TDI-10 et TDI-21 du bulletin statistique 2008.
([99]) Voir tableau TDI-11 (partie iii) du bulletin statistique 2008.
([100]) Voir tableaux TDI-17 (partie ii) et (partie vi) et TDI-111 (partie vii) et (partie viii) du bulletin statistique 2008.

identifier deux grands groupes de consommateurs de cocaïne parmi les personnes en traitement. Les membres du premier sont généralement des personnes bien intégrées dans la société, avec un logement et un emploi stables, qui déclarent le plus souvent sniffer la drogue. Le second est un groupe de patients davantage marginalisés, qui fument la cocaïne ou se l'injecte (voir OEDT, 2006), et déclarent plus souvent consommer soit du crack soit une combinaison de cocaïne et d'héroïne. Ainsi, il est fréquent que les patients qui consomment du crack habitent dans de grandes villes, appartiennent à des minorités ethniques et indiquent être sans emploi et vivre dans des conditions précaires ([101]). Ce phénomène est restreint à l'échelle européenne et limité géographiquement, avec des poches à problèmes liées à la consommation de crack concernant un nombre relativement faible de grandes villes. En 2006, près de 8 000 consommateurs de crack (soit 2 % de tous les patients traités pour toxicomanie) ont entamé un traitement dans 20 pays européens, pour la plupart au Royaume-Uni ([102]).

Le traitement des problèmes associés à la consommation conjointe de cocaïne et d'héroïne revêt une ampleur de plus en plus grande dans certains pays. Ces patients peuvent être des héroïnomanes ou d'anciens héroïnomanes, suivant parfois un traitement de substitution. Dans certains pays, ils représentent le principal groupe de patients en traitement pour dépendance à la cocaïne. Certains études suggèrent que la consommation conjointe de cocaïne et d'héroïne peut être associée à un diagnostic faussé, ou aggraver les problèmes psychologiques sous-jacents, tels les troubles bipolaires. Par ailleurs, des études ont montré que la consommation de cocaïne pendant un traitement d'entretien à la méthadone contribue à un échec du sevrage à l'héroïne ou à une rechute, de même qu'à un risque de VIH et d'autres infections sanguines et de problèmes médicaux, sociaux et criminels graves.

Traitement de la dépendance à la cocaïne

Suite à l'augmentation de la consommation de cocaïne et des problèmes connexes dans plusieurs États membres, les structures de soins spécialisées sont confrontées à la difficile tâche consistant à adapter leurs services traditionnellement axés sur les opiacés aux différentes populations de consommateurs de cocaïne et de crack. Toutefois, à l'exception de l'Espagne, en 2006, les États

Problèmes de santé liés à la consommation de cocaïne

Les liens entre la consommation de cocaïne et la maladie sont souvent méconnus, même chez les professionnels de la santé. Résultat: certains problèmes liés à la cocaïne ne sont pas identifiés, et les personnes qui en souffrent risquent de ne pas recevoir les soins adéquats. La sous-déclaration des problèmes liés à la cocaïne entrave la compréhension de l'impact de cette drogue sur la santé publique.

Les risques associés à certains modes de consommation problématiques de la cocaïne sont bien connus et touchent généralement des groupes de consommateurs reconnus (les consommateurs ou anciens consommateurs d'opiacés, les groupes marginalisés). Par exemple, l'injection de cocaïne est associée au risque d'infection et à un risque élevé de surdose, tandis que la consommation en combinaison avec des opiacés semble être liée à un risque accru de surdose d'opiacés.

Les problèmes de santé associés à la cocaïne en poudre, par contre, seront plus probablement méconnus et peuvent affecter des consommateurs qui ne se considéreraient normalement pas à risque. La consommation chronique de cocaïne peut entraîner des problèmes de santé significatifs, dont la plupart sont cardiovasculaires (athérosclérose, cardiomyopathie, arythmies, ischémie myocardique) et neurologiques (accidents cérébrovasculaires et attaques). Ces problèmes peuvent être aggravés par des conditions existantes (par exemple des malformations vasculaires) et des facteurs de risque comme le tabac ou l'alcool. Nombre des décès attribués à la cocaïne se produisent par le biais de ces pathologies.

La consommation de cocaïne combinée à l'alcool augmente jusqu'à 30 % le taux de cocaïne dans le sang. D'un point de vue comportemental, la consommation de cocaïne pourrait faciliter la consommation d'alcool en permettant aux consommateurs de boire plus longtemps, ce qui, ensuite, pourrait accroître la quantité de cocaïne consommée (Gossop et al., 2006). La formation de cocaéthylène dans le foie pourrait également être liée à des risques potentiels accrus pour la santé associés à la consommation combinée de cocaïne et d'alcool.

Peu d'études ont été consacrées à l'impact global sur la santé publique de la consommation de cocaïne. Une vaste étude sur la population réalisée aux États-Unis (1988-1994) a conclu qu'un quart des infarctus aigus du myocarde non mortels chez les 18-45 ans était imputable à une «consommation fréquente de cocaïne au cours de la vie». Les consommateurs fréquents présentent un risque d'infarctus du myocarde non mortel sept fois plus élevé que les non-consommateurs (Qureshi et al., 2001). Toutefois, il est impossible de généraliser directement les résultats de cette étude à l'Europe. Notre compréhension actuelle de l'impact sanitaire potentiel de l'accroissement de la consommation de cocaïne en Europe reste limitée et constitue un champ de recherche de santé publique important pour l'avenir.

Pour obtenir davantage d'informations sur les problèmes de santé liés à la cocaïne, consultez la question particulière 2007 consacrée à la cocaïne.

([101]) Voir la question particulière 2007 consacrée à la cocaïne.
([102]) Voir tableau TDI-115 du bulletin statistique 2008.

membres ont jugé faibles la disponibilité et l'accès à des programmes de soins spécifiques pour les consommateurs de cocaïne.

Parmi les États membres qui font état d'une forte prévalence de la cocaïne ou du crack, plusieurs se sont montrés particulièrement actifs dans la lutte contre ce phénomène. En 2007, l'Espagne a introduit un plan d'action national spécifique sur la cocaïne, et l'Irlande a mis sur pied et évalué plusieurs programmes spécifiques visant les différents groupes de consommateurs de cocaïne. Ces programmes visent les consommateurs à problèmes de cocaïne intranasale, les polytoxicomanes présentant un problème de cocaïne, ainsi que les femmes et prostitués qui consomment de la cocaïne. En Italie, des tests cliniques à grande échelle seront effectués en 2008 afin d'examiner l'efficacité de deux produits pharmaceutiques (l'aripiprazole et le ropinirole) dans le traitement de la dépendance à la cocaïne.

Les informations relatives à la nature des services mis à la disposition des consommateurs de cocaïne à problèmes en Europe sont rares. Néanmoins, des publications ou études cliniques nationales réalisées par des professionnels fournissent un bon aperçu des pratiques actuelles. Selon un récent rapport du Royaume-Uni (NICE, 2007), les problèmes liés à la cocaïne ne semblent y être traités dans les centres spécialisés que lorsque la drogue primaire est un opiacé. Par ailleurs, une autre étude récente, réalisée celle-là auprès d'experts italiens du traitement des cocaïnomanes, révélait les difficultés qu'ils éprouvaient à appliquer certains éléments qu'ils considéraient cruciaux pour la réussite du traitement, tels que la fourniture de services appropriés (par exemple soins hospitaliers à court terme, interventions psychosociales structurées) ou la différenciation clinique des différents types de consommateurs de cocaïne. Ils indiquaient que ces écueils étaient dus à des problèmes d'organisation, à un manque de ressources et à l'absence d'interventions efficaces spécifiquement ciblées sur la cocaïne. Il est probable que les professionnels d'autres États membres soient confrontés à des problèmes analogues. Par conséquent, des investissements adéquats, des protocoles de soins appropriés et des formations spécialisées pourraient revêtir une importance capitale si l'on entend développer les services de ce type.

La littérature récente indique que les interventions psychosociales actuelles ne présentent pas de résultats concluants en termes d'efficacité dans le traitement de la dépendance à la cocaïne, et qu'il n'existe pas d'approches pharmacologiques probantes. Un article récent de Cochrane sur les interventions psychosociales dans le contexte de la cocaïne et d'autres psychostimulants conclut que les seuls résultats comportementaux positifs observés de manière durable (suivi du traitement, réduction de la prise de drogue) l'ont été lors d'interventions psychosociales qui intégraient la gestion des contingences ([103]).

Contrairement à ce qui se passe pour la dépendance aux opiacés, il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique efficace permettant d'aider les consommateurs de cocaïne à rester sobres ou à réduire leur consommation (voir la question particulière 2007 sur la cocaïne). Les produits thérapeutiques expérimentaux visant à réduire la consommation de cocaïne et les phénomènes de manque ont montré leur potentiel au cours d'essais cliniques (par exemple baclofen, tiagabine, topiramate). Le modafinil, un stimulant du système nerveux central, a donné des résultats particulièrement prometteurs en tant que drogue psychostimulante de

Gestion des contingences

En récompensant l'abstinence, la gestion des contingences (GC) tend à réduire les effets renforçants des drogues. La GC est typiquement mise en place au début du traitement, en associant un soutien psychosocial et des récompenses contingentes à la production d'échantillons d'urine ne présentant aucune trace de drogue. Cette récompense peut par exemple prendre la forme de chèques de petite valeur monétaire, que l'on accroît après chaque période consécutive d'abstinence. Dans ce scénario, ne pas rester sobre entraîne la perte des gains accumulés.

Cette technique n'a de cesse de renforcer l'abstinence du patient et donne un objectif régulier à atteindre. Les éléments les plus probants attestant l'efficacité de la GC pour le maintien de l'abstinence proviennent d'études sur les traitements de la dépendance à la cocaïne et à l'héroïne, bien que l'approche fasse également ses preuves dans les traitements de la dépendance au cannabis et aux méthamphétamines.

Bien que la plupart des recherches sur la GC aient été réalisées en dehors de l'Europe, des études de faisabilité de la GC ont récemment fait état de résultats positifs en Espagne pour les cocaïnomanes (Secades-Villa et al., 2008) et dans la prise en charge de la consommation de cocaïne chez les patients suivant un traitement de substitution aux opiacés aux Pays-Bas (DeFuentes-Merillas et De Jong, 2008), où la récompense moyenne à la fin du test prenait la forme de biens dont la valeur atteignait jusqu'à 150 euros. Une analyse économique réalisée par le National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) au Royaume-Uni a suggéré que la GC était une option au rapport coût/efficacité satisfaisant dans le contexte du traitement de la dépendance à la cocaïne, surtout lorsque l'on prend en compte les coûts économiques de la consommation de cocaïne dans leur ensemble.

([103]) Voir «Gestion des contingences».

substitution. Il présente en outre l'avantage, par rapport aux autres drogues de substitution potentielles (à savoir les d-amphétamines) que son pouvoir accoutumant est faible (Myrick et al., 2004). Par ailleurs, la buprenorphine, le topiramate et la tiagabine ont également donné des résultats prometteurs dans la réduction de la consommation de cocaïne chez les utilisateurs d'opiacés suivant un traitement de substitution et prenant de la cocaïne.

L'immunothérapie à la dépendance à la cocaïne par le biais d'un vaccin anti-cocaïne (TA-CD) est également à l'étude. Une fois administré, le vaccin induit la production d'anticorps qui se lient aux molécules de cocaïne dans le sang et, ce faisant, permettent à des enzymes naturels de les convertir en molécules inactives. Les résultats des essais cliniques initiaux sont encourageants, mais des examens plus approfondis sont nécessaires afin de tester la viabilité du vaccin en tant que pharmacothérapie contre la dépendance à la cocaïne.

Le vaccin anticocaïne est essentiellement destiné à être utilisé dans la prévention des rechutes, mais le terme «vaccin» laisse aussi espérer qu'il pourrait être utilisé pour prévenir la dépendance à la cocaïne à titre prophylactique (par exemple chez les enfants ou adolescents peu au fait des dangers de la drogue). L'efficacité d'une telle approche est incertaine et soulève des questions éthiques qui seront développées dans une prochaine publication de l'OEDT, intitulée «Addiction neurobiology: ethical and social implications».

Réduction des risques

La consommation problématique de cocaïne est souvent associée à des conséquences graves pour la santé physique et mentale. Ainsi, une étude de suivi de deux ans réalisée en Irlande et portant sur la consommation de cocaïne dans des communautés locales a révélé une détérioration de la santé générale des personnes dépendantes à la cocaïne, surtout chez les consommateurs qui se l'injectent. Plusieurs projets ont aussi rapporté une multiplication des patients présentant des abcès et des plaies du fait de mauvaises habitudes d'injection. Parmi les autres problèmes observés chez les consommateurs de cocaïne, citons la perte de poids, les infections sexuellement transmissibles, les problèmes cardiaques, les amputations et les comportements à risques.

Les États membres offrent généralement aux consommateurs de cocaïne par injection les mêmes services et infrastructures qu'aux consommateurs d'opiacés, et notamment des conseils pour une utilisation sûre, une formation aux injections en toute sécurité et des programmes d'échange de seringues. Les services antidrogue à bas seuil jouent un rôle de premier plan à cet égard, car ils fournissent des soins de base, ainsi que des conseils et une assistance médicale. Les consommateurs présentant des problèmes graves liés à la cocaïne ou au crack, tels que des troubles de santé physique et mentale ou des problèmes sociaux, notamment en matière de logement, peuvent être renvoyés vers des programmes de réinsertion en milieu résidentiel et vers des communautés thérapeutiques. Ces programmes visent non seulement à les sevrer, mais également à soulager leurs proches et à leur fournir des soins intensifs ou de l'aide afin qu'ils revoient leurs modes de vie chaotiques à haut risque.

Une étude qualitative réalisée dans six villes espagnoles montre que les principales substances utilisées par les prostitués sont l'alcool et la cocaïne. Chez ceux-ci, la consommation de drogue est occasionnelle et instrumentale. Elle les aide à surmonter les obstacles psychologiques et a un effet de désinhibition. Elle leur permet en outre de mieux supporter de longues heures de prostitution avec différents clients. Parmi les conséquences de la consommation de drogue chez les prostitués, l'étude cite les relations sexuelles non protégées et un risque accru de violence de la part des clients. Des modes de consommation de crack intensifs sont aussi souvent observés dans ce groupe.

Les prostitués présentant des problèmes de cocaïne et de crack sont ciblés par les services sociaux qui travaillent sur le terrain afin de réduire les risques. Ainsi, aux Pays-Bas, les services de santé municipaux ont mis sur pied des programmes sanitaires spéciaux destinés aux prostitués qui consomment du crack; en France, l'association Espoir Goutte d'Or, qui se concentre sur la prévention des risques chez les consommateurs de crack et les prostitués, organise des séances de conseil bénévoles hebdomadaires et propose des tests de dépistage rapides du VIH et de l'hépatite.

L'usage récréatif de la cocaïne, associé à une consommation excessive d'alcool, a souvent pour théâtre les lieux de sortie nocturne et peut être mis en relation avec des problèmes physiques aigus et graves. Comme nous l'avons vu au chapitre 4, les États membres adoptent de plus en plus une approche intégrée en matière de réduction des risques liés à la consommation d'alcool et de drogues illicites dans les espaces récréatifs. Ces programmes proposent aux jeunes des conseils et des informations sur les risques associés à la consommation d'alcool et de drogue en général, dont des renseignements sur les risques associés à l'usage aigu et chronique de cocaïne. Les membres de la Fondation européenne des services d'aide téléphonique sont également très actifs dans la sensibilisation et l'assistance des toxicomanes, à qui ils offrent des conseils et des informations sur les risques liés à la drogue.

Chapitre 6

Usage d'opiacés et injection de drogue

Offre et disponibilité d'héroïne

Traditionnellement, deux formes d'héroïne importée sont proposées sur le marché européen des drogues illicites: l'héroïne brune (sa forme chimique de base), qui est la plus courante et qui provient essentiellement d'Afghanistan, et l'héroïne blanche (une forme de sel), qui vient généralement d'Asie du Sud-Est (il faut préciser toutefois que sous cette forme elle est considérablement plus rare) ([104]). Par ailleurs, quelques drogues opiacées sont produites en Europe, pour l'essentiel des produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple de la paille de pavot, du concentré de pavot à partir de tiges ou de têtes de pavot broyées) dans plusieurs États d'Europe orientale (par exemple Lettonie, Lituanie).

Production et trafic

L'héroïne consommée en Europe provient principalement d'Afghanistan, qui reste le premier fournisseur mondial d'opium illicite, suivi par le Myanmar et le Mexique. La production mondiale d'opium a connu une recrudescence substantielle (34 %) en 2007, passant à quelque 8 870 tonnes d'après les estimations. Ce phénomène est essentiellement dû à une augmentation de la production afghane, évaluée à 8 200 tonnes. La production potentielle totale d'héroïne a ainsi atteint un niveau record en 2007 (733 tonnes) (ONUDC, 2008). Le nombre croissant de laboratoires démantelés en Afghanistan ces dernières années suggère que l'opium est de plus en plus souvent transformé en morphine ou en héroïne dans le pays même. Toutefois, d'importantes saisies de morphine dans les pays voisins (Pakistan, Iran) indiquent qu'une part significative des opérations de transformation a également lieu hors de l'Afghanistan (CND, 2008; ONUDC, 2007a).

L'héroïne pénètre en Europe par deux axes principaux: la traditionnelle route des Balkans et ses nombreux embranchements, qui transite par le Pakistan, l'Iran et la Turquie, et la «route du Nord», de plus en plus empruntée, qui traverse l'Asie centrale et la Fédération de Russie (voir la figure 6). Des itinéraires secondaires ont été signalés au départ de l'Asie du Sud-Ouest, telle une liaison directe entre le Pakistan et l'Europe (Royaume-Uni), mais aussi via le Pakistan et les pays du Moyen-Orient et d'Afrique, vers les marchés illicites d'Europe et d'Amérique du Nord (OICS, 2008a; Europol, 2008; ONUDC, 2007a; OMD, 2007). L'héroïne originaire d'Asie du Sud-Ouest passe également en Europe via l'Asie du Sud (Bangladesh) (OICS, 2008a). Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique jouent un rôle de premier plan en tant que centres de distribution secondaires (Europol, 2008).

Saisies

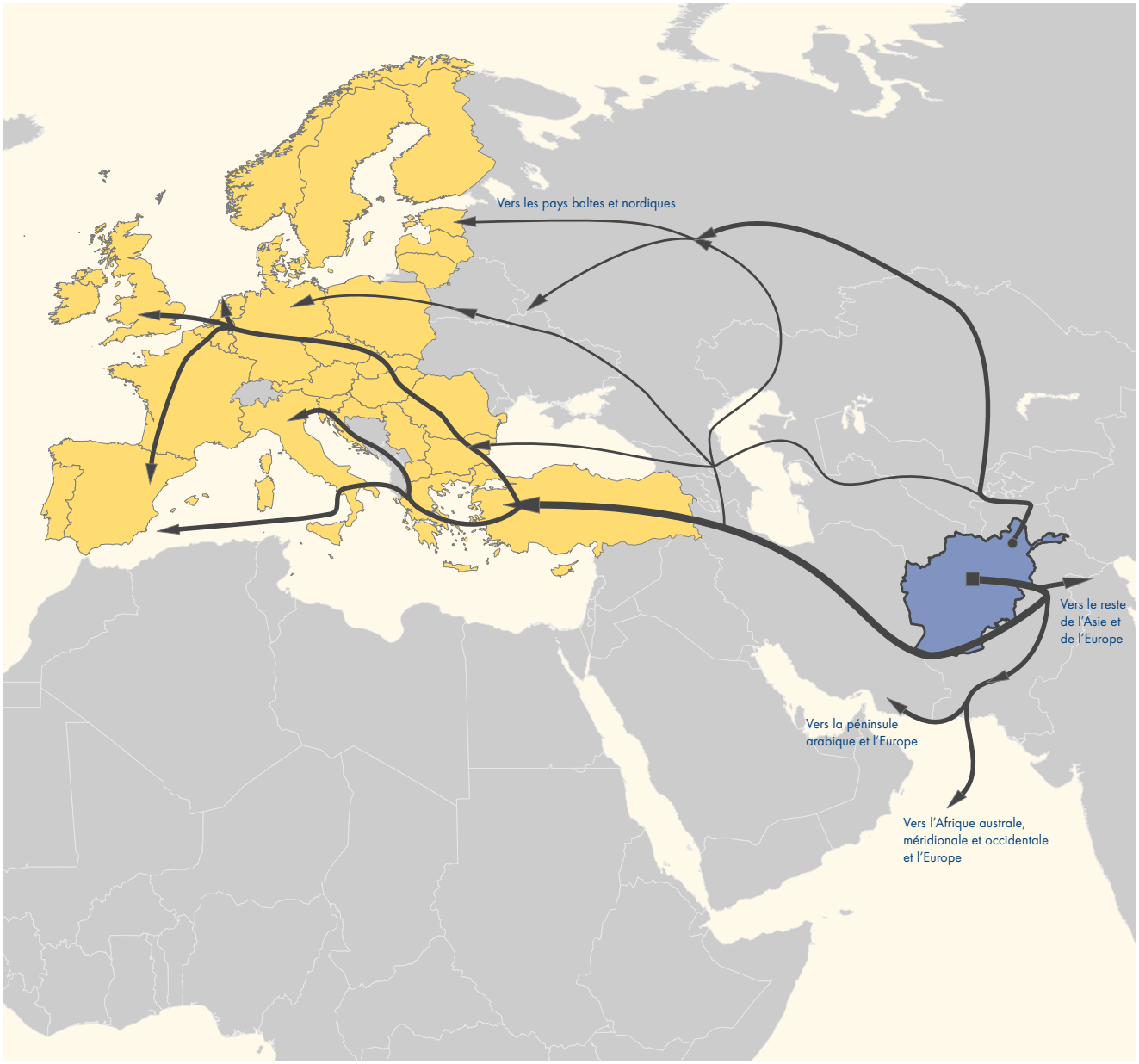
En 2006, les saisies d'opiacés déclarées à l'échelle mondiale ont augmenté, passant à 384 tonnes pour l'opium et à 104 tonnes pour l'héroïne et la morphine. Si l'Iran a intercepté le plus d'opium (81 %) à l'échelle mondiale, l'héroïne et la morphine ont principalement été interceptées au Pakistan (34 %), puis en Iran (20 %), en Turquie (10 %) et en Chine (6 %) (ONUDC, 2008).

En Europe, les quelque 48 200 saisies d'héroïne effectuées en 2006 se sont montées à un volume total de 19,4 tonnes. Si le Royaume-Uni reste le champion du nombre de saisies opérées, c'est une nouvelle fois la Turquie qui a déclaré les plus fortes quantités interceptées, avec 10,3 tonnes en 2006 ([105]). La quantité moyenne d'héroïne interceptée lors d'une saisie varie fortement entre ces deux pays, les saisies moyennes en Turquie étant cent fois supérieures à celles enregistrées au Royaume-Uni, ce qui illustre la position respective de ces deux pays au sein de la chaîne d'approvisionnement (voir la figure 6). Ces 10 dernières années, les saisies d'héroïne ont fluctué à la baisse en Europe, avec un pic relatif en 2001 et un creux record en 2003. Dans l'ensemble, la quantité d'héroïne interceptée dans l'Union européenne a reculé entre 2001 et 2006. En revanche, les volumes saisis en Turquie ont pratiquement triplé au cours de cette période.

([104]) Pour plus d'informations sur les sources des données relatives à l'offre et à la disponibilité des drogues, voir p. 40.

([105]) Voir tableaux SZR-7 et SZR-8 du bulletin statistique 2008. Remarque: pour les besoins des estimations, les données relatives aux saisies européennes manquantes pour 2006 ont été remplacées par celles de 2005. Ce tableau est provisoire, les données du Royaume-Uni n'étant pas encore disponibles pour 2006.

Figure 6 — Principaux flux du trafic d'héroïne de l'Afghanistan vers l'Europe



NB: Les flux de trafic représentés sur la carte synthétisent les analyses d'un ensemble d'organisations internationales et nationales (points focaux nationaux Reitox, Europol, OICS, ONUDC, OMD). Les analyses de ce type se fondent sur des informations relatives aux saisies de drogues réalisées le long des voies de trafic ainsi que sur les renseignements fournis par les agences répressives des pays de transit et de destination, et parfois également sur des rapports émanant de sources complémentaires. Les principales voies de trafic représentées sur la carte doivent être considérées comme des indicateurs des flux principaux, étant donné qu'il peut y avoir des déviations vers d'autres pays le long de ces voies, et qu'il existe un nombre important de voies sous-régionales secondaires qui ne sont pas représentées et qui peuvent évoluer rapidement.

Les saisies totales d'anhydride acétique (utilisé dans la fabrication d'héroïne) ont augmenté en 2006, pour passer à 26 400 litres, dont la majeure partie a été interceptée en Fédération de Russie (9 900 litres) et en Colombie (8 800 litres), puis en Turquie (3 800 litres) (OICS, 2008b). Les itinéraires empruntés par les trafiquants entre l'Afghanistan et l'Europe sont aussi utilisés pour la contrebande de produits précurseurs (principalement de l'anhydride acétique, via la «route de la soie») et de drogues de synthèse (surtout d'ecstasy) à destination de l'Orient (Europol, 2008).

Les saisies de 3-méthylfentanyl signalées en 2006 en Lettonie et en Lituanie, de même que les données relatives à l'augmentation de la consommation par injection de fentanyl produit illégalement en Estonie, laissent apparaître un besoin de surveiller plus étroitement la disponibilité d'opiacés de synthèse tels que le fentanyl (considérablement plus puissant que l'héroïne).

Pureté et prix

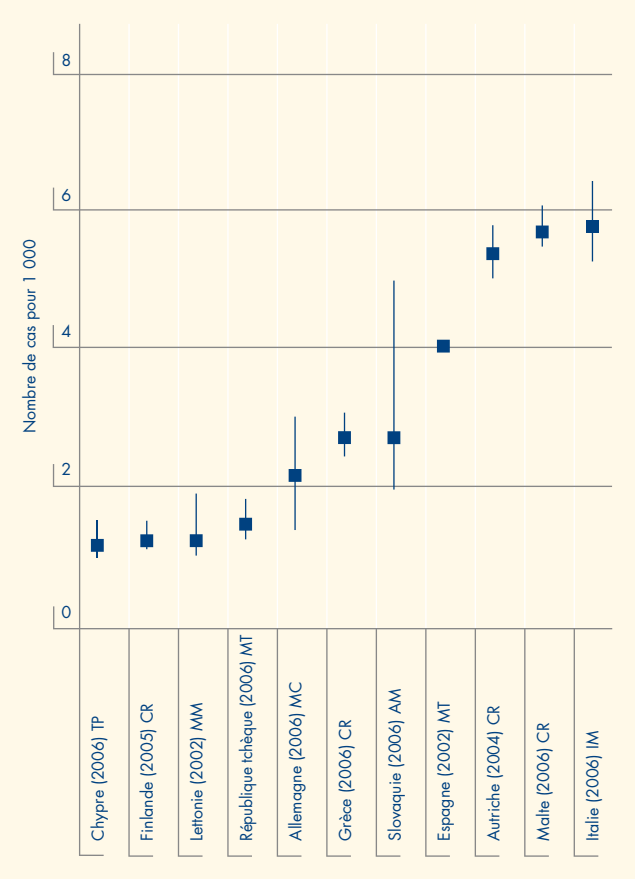
En 2006, la pureté de l'héroïne brune était typiquement comprise entre 15 et 25 % dans la plupart des pays déclarants, bien que des valeurs inférieures à 10 % aient été relevées en Grèce, en France et en Autriche et des valeurs supérieures à Malte (31 %), en Turquie (36 %) et au Royaume-Uni (43 %). La pureté moyenne de l'héroïne blanche était généralement plus élevée (45 à 70 %) dans les rares pays européens ayant communiqué des données y afférentes ([106]).

En 2006, le prix de vente au détail du gramme d'héroïne brune oscillait entre 14,5 euros en Turquie et 110 euros en Suède, la plupart des pays européens faisant état de prix allant de 30 à 45 euros. Le prix de l'héroïne blanche n'est communiqué que par quelques rares pays européens et varie entre 27 et 110 euros le gramme. Entre 2001 et 2006, le prix au détail de l'héroïne brune a chuté dans une majorité des 13 pays européens ayant rapporté une évolution dans le temps, bien que des signes de renchérissement aient été observés en Pologne.

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

Les données fournies dans cette section proviennent de l'indicateur de l'OEDT sur l'usage problématique de drogue (UPD), qui couvre essentiellement l'usage de drogue par injection et l'usage d'opiacés, même si, dans certains pays, les consommateurs d'amphétamines ou de cocaïne sont également un facteur important. Les estimations portant sur le nombre de consommateurs d'opiacés à problèmes sont généralement incertaines, du fait de la prévalence

Figure 7 — Estimations de la prévalence annuelle d'usage problématique d'opiacés (nombre de cas par 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: Le symbole indique une estimation de pourcentage; un trait indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âge non standard ont été utilisées dans les études émanant de la Finlande (15-54 ans) et de Malte (12-64 ans). Pour l'Allemagne, l'intervalle représente la limite inférieure de toutes les estimations existantes et la limite supérieure de celles-ci, et l'estimation de pourcentage est une simple moyenne des points médians. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; IM = indicateur multivariables;; PT = poisson tronqué; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; AM = autres méthodes. Voir la figure PDU-1 (partie ii) du bulletin statistique 2008 pour davantage de détails.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

relativement faible et de la nature peu visible de ce type de toxicomanie, et des extrapolations statistiques sont nécessaires pour obtenir des estimations de prévalence au départ des sources de données disponibles. De plus, comme la plupart des études sont basées sur une zone géographique déterminée, par exemple une ville ou un district, toute extrapolation visant à produire des estimations nationales souvent est difficile.

Les modes de consommation à problèmes se diversifient en Europe. Ainsi, dans certains pays où, traditionnellement, la

([106]) Voir tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2008 pour plus d'informations sur les prix et la pureté.

consommation problématique d'opiacés était prédominante, des informations récentes laissent apparaître que d'autres drogues, dont la cocaïne, sont de plus en plus présentes. La nécessité de surveiller efficacement plusieurs modes de consommation problématiques a poussé l'OEDT à produire un rapport sur les sous-populations de consommateurs à problèmes par drogue, lesquelles peuvent se recouper ([107]).

Les estimations relatives à la prévalence d'une consommation problématique d'opiacés à l'échelle nationale au cours de la période 2002-2006 varient, grosso modo, entre 1 et 6 cas pour 1 000 individus âgés entre 15 et 64 ans. La prévalence générale de la consommation problématique de drogue est estimée entre 1 et 10 cas pour 1 000. Les estimations bien rapportées les plus faibles sont celles de Chypre, de la Lettonie, de la République tchèque et de la Finlande (bien que la République tchèque et la Finlande compte de nombreux consommateurs d'amphétamines à problèmes). Les estimations les plus élevées sont fournies par Malte, l'Autriche et l'Italie (voir la figure 7).

À partir des données relativement limitées dont on dispose, on a pu calculer que la prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés se situait entre 4 et 5 cas pour 1 000 dans la population des personnes âgées de 15 à 64 ans. Si l'on suppose que ces chiffres reflètent la situation de l'Union européenne dans son ensemble, cela nous donne environ 1,5 million (de 1,3 à 1,7 million) de consommateurs d'opiacés à problèmes dans l'UE et en Norvège.

Tendances et incidence de l'usage problématique d'opiacés

Il est difficile de dégager une évolution des tendances de la prévalence de la consommation problématique d'opiacés au fil du temps, du fait du nombre limité d'estimations répétées et de l'incertitude qui entoure les estimations individuelles. Les données de neuf pays qui ont réalisé plusieurs estimations au cours de la période 2001-2006 suggèrent des évolutions diverses. Ainsi, si la prévalence semble relative stable en République tchèque, en Allemagne, en Grèce, en Italie, à Malte, en Slovaquie et en Finlande, une augmentation a été observée en Autriche (où les données les plus récentes datent de 2004) et des signes d'un possible recul à Chypre ([108]).

L'incidence de la consommation problématique d'opiacés (nombre de nouveaux cas apparaissant au cours d'une année donnée) est une mesure plus sensible de l'évolution au fil du temps et permet d'anticiper les changements en termes de prévalence et de demandes de traitement. Toutefois, les modèles d'estimation utilisés ouvrent la porte à plusieurs hypothèses. Par ailleurs, ces modèles peuvent ne fournir qu'une estimation partielle de l'incidence, puisqu'ils ne se fondent que sur les cas entrant en contact avec une forme de traitement. Seuls deux pays ont communiqué des données récentes, qui laissent entrevoir des tendances différentes. En Italie, on estime que l'incidence a diminué, passant de plus ou moins 32 500 nouveaux cas en 1990 à quelque 22 000 cas en 1997, après quoi elle est repassée à 30 000 nouveaux cas environ en 2006. En Espagne, en revanche, l'incidence de la consommation problématique d'opiacés aurait constamment décliné après un pic enregistré vers 1980, bien que récemment (entre 2002 et 2004), elle semble s'être stabilisée à un niveau relativement bas (quelque 3 000 cas par an). L'OEDT, en collaboration avec un groupe d'experts nationaux, a récemment développé de nouvelles directives pour l'estimation de l'incidence, afin d'encourager les pays à fournir des données en la matière (Scalia Tomba et al., 2008).

Les indicateurs des opiacés ne diminuent plus

Contrairement aux tendances décrites dans les précédents rapports annuels, des données récentes indiquent des augmentations du nombre de décès dus à la drogue, des saisies d'héroïne et des nouvelles demandes de traitement pour dépendance à l'héroïne dans l'Union européenne.

2003 a marqué l'arrêt de la tendance à la baisse du nombre de décès dus à la drogue rapportée en Europe, principalement en relation avec la consommation d'opiacés. Entre 2003 et 2005, la plupart des États membres ont fait état d'une augmentation. Le nombre de saisies d'héroïne a augmenté de plus de 10 % dans 16 des 24 pays déclarants entre 2003 et 2006. Après avoir chuté pendant plusieurs années, le nombre de nouvelles demandes de traitement pour la consommation primaire d'héroïne a augmenté dans près de la moitié des pays déclarants entre 2005 et 2006. Cela pourrait refléter un changement dans l'incidence de la consommation d'héroïne initié quelques années auparavant, du fait du délai naturel entre le début de la consommation et le premier traitement.

Cette récente tendance apparaît parallèlement à l'accroissement de la production d'opium en Afghanistan, ce qui fait craindre que ces événements pourraient être liés par le biais d'une disponibilité accrue d'héroïne sur le marché européen. Il s'agit d'un point important méritant de nouvelles recherches, puisque les données disponibles ne permettent pas d'esquisser un tableau clair. Il existe par ailleurs d'importants facteurs confondants. Par exemple, plusieurs pays (République tchèque, Estonie, France, Autriche, Finlande) ont indiqué que l'utilisation d'opiacés pharmaceutiques à des fins non médicales s'est maintenue à des niveaux élevés ou a augmenté, ce qui pourrait être un facteur explicatif important des tendances constatées au niveau des décès dus à la drogue.

([107]) Pour une vue d'ensemble des estimations disponibles des composantes de la consommation problématique de drogue, voir le bulletin statistique 2008.
([108]) Voir la figure PDU-6 (partie ii) du bulletin statistique 2008 et le tableau PDU-102 pour des informations complètes, notamment sur les intervalles de confiance.

Consommateurs d'opiacés sous traitement

Dans la plupart des pays déclarants, les opiacés, et surtout l'héroïne, restent la principale drogue pour laquelle les patients demandent un traitement. Parmi les 387 000 demandes au total de traitement recensées en 2006 (données disponibles pour 24 pays), l'héroïne était mentionnée comme drogue principale dans 47 % des cas pour lesquels la drogue primaire était connue. Dans la plupart des pays, entre 50 et 80 % de toutes les demandes de traitement seraient liées à la consommation d'opiacés; ailleurs, cette proportion varie entre 15 et 40 % ([109]). Les opiacés ne sont pas seulement la drogue primaire la plus fréquemment mentionnée chez les personnes qui entament un traitement, mais c'est encore plus souvent le cas chez les patients déjà sous traitement. Un projet récent impliquant neuf pays et portant sur tous les patients sous traitement a révélé que les consommateurs primaires d'opiacés représentaient, dans l'ensemble, 59 % des patients, mais seulement 40 % des personnes entamant un traitement pour la première fois ([110]).

La plupart des toxicomanes commençant un traitement dans une structure ambulatoire consomment aussi d'autres drogues, dont de la cocaïne (25 %), d'autres opiacés (23 %) et du cannabis (18 %). En outre, parmi toutes les personnes soignées pour consommation primaire d'autres drogues, 13 % des patients des structures ambulatoires et 11 % des structures hospitalières faisaient état d'une consommation secondaire d'opiacés ([111]).

Certains pays signalent une forte proportion de demandes de traitement concernant des opiacés autres que l'héroïne. L'usage abusif de buprénorphine est mentionné comme raison principale pour suivre un traitement par 40 % de tous les patients finlandais et 8 % des patients français. En Lettonie et en Suède, entre 5 et 8 % des patients toxicomanes entament un traitement pour consommation primaire d'opiacés non spécifiés autres que l'héroïne ou la méthadone: généralement de la buprénorphine, des analgésiques et d'autres opiacés ([112]). Plusieurs pays rapportent une augmentation dans la proportion de polytoxicomanes chez les consommateurs d'héroïne ainsi qu'une hausse du nombre de personnes utilisant des opiacés autres que de l'héroïne.

Le nombre absolu de traitements pour dépendance à l'héroïne recensés par l'Indicateur de demande de traitement s'est accru de plus de 30 000 cas, passant de 108 100 à 138 500 entre 2002 et 2006. De la même manière, chez les patients entamant un traitement pour la première fois de leur vie, on a constaté une hausse du nombre de consommateurs primaires d'héroïne, qui a grimpé de quelque 33 000 en 2002 à plus de 41 000 en 2006. Parmi les facteurs qui peuvent expliquer cette tendance, citons une augmentation du nombre de consommateurs d'héroïne à problèmes, une expansion des structures de traitement ou encore une meilleure couverture d'établissement de rapports.

Usage de drogue par voie intraveineuse

Prévalence de la consommation de drogue par injection

Les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) figurent parmi les plus exposés à des problèmes de santé dus à leur consommation de drogue, tels que les infections hématogènes (par exemple VIH/sida, hépatite), ou à des décès liés à la drogue. Seuls 11 pays ont pu fournir des estimations récentes des niveaux de consommation de drogue par injection, en dépit de leur importance pour la santé publique (voir la figure 8). L'amélioration du degré d'information disponible sur cette population spéciale est donc un important défi pour le développement de systèmes de surveillance sanitaires en Europe.

Les estimations disponibles suggèrent qu'il existe de forts écarts entre les pays dans la prévalence de la consommation de drogue par injection. Les estimations oscillent entre un et cinq cas pour 1 000 personnes âgées entre 15 et 64 ans pour la plupart des pays, avec un taux exceptionnellement élevé de 15 pour 1 000 en Estonie.

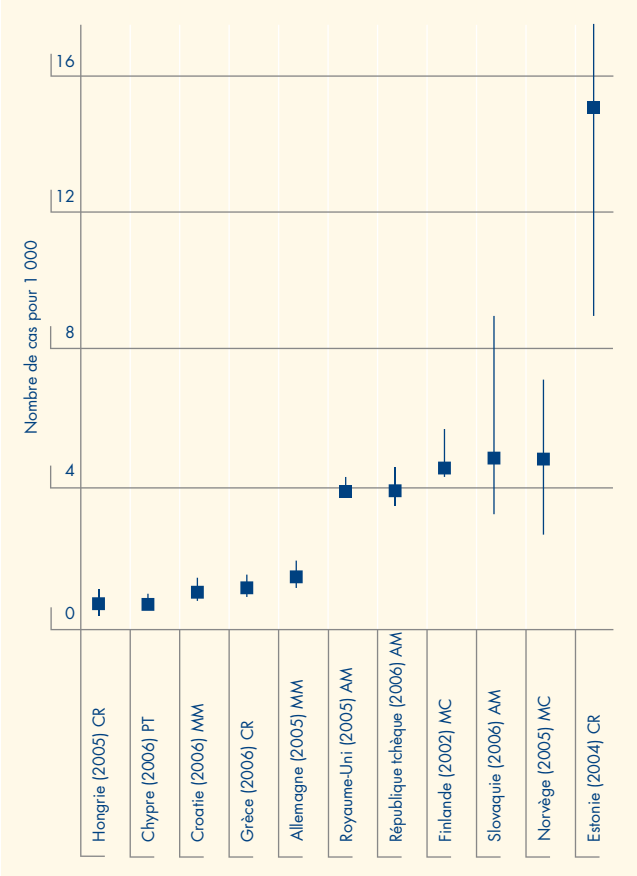
Le manque de données rend difficile toute conclusion sur l'évolution dans le temps de la prévalence de l'usage par injection, bien que les données disponibles suggèrent un déclin en Norvège (entre 2001 et 2005) et une situation stable en République tchèque, en Grèce, à Chypre et au Royaume-Uni ([113]).

Injection chez les consommateurs d'opiacés entamant un traitement

Dans l'ensemble, 43 % de tous les consommateurs d'opiacés qui ont commencé un traitement dans une structure ambulatoire en 2006 ont signalé s'injecter la drogue. Les changements enregistrés dans la proportion chez les consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse entamant un traitement peuvent être indicatifs de tendances chez un groupe plus vaste de consommateurs d'opiacés

([109]) Voir tableau TDI-5 du bulletin statistique 2007.
([110]) Voir tableau TDI-39 du bulletin statistique 2008.
([111]) Voir tableaux TDI-22 et TDI-23 du bulletin statistique 2008.
([112]) Voir tableau TDI-113 du bulletin statistique 2008.
([113]) Voir tableau PDU-6 (partie iii) du bulletin statistique 2008.

Figure 8 — Estimations de la prévalence d'usage de drogues injectables (nombre de cas par 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans)



NB: Ce symbole indique une estimation de pourcentage; un trait indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Pour l'Estonie, la limite supérieure de l'intervalle d'incertitude est hors échelle (37,9 pour 1 000). 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. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; IM = indicateur multivariables; PT = poisson tronqué; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; AM = autres méthodes. Voir la figure PDU-2 du bulletin statistique 2008 pour davantage de détails.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

à problèmes. Un recul de cette proportion entre 2002 et 2006 a été observé dans neuf pays (Danemark, Allemagne, Irlande, Grèce, France, Italie, Suède, Royaume-Uni, Turquie), alors que deux autres signalent une augmentation (Roumanie, Slovaquie). Les pays présentent des disparités considérables dans les niveaux d'usage par injection chez les consommateurs d'héroïne entamant un traitement, la plus faible proportion étant constatée en Espagne, en France et aux Pays-Bas (moins de 25 %) et la plus forte (plus de 80 %) en Bulgarie, en République tchèque, en Roumanie, en Slovaquie et en Finlande ([114]).

Parmi les consommateurs d'opiacés entamant un traitement dans une structure ambulatoire pour la première fois en 2006, une proportion légèrement plus faible indique s'injecter la drogue (aux alentours de 40 %). Si l'on examine l'évolution dans le temps, la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse chez les nouveaux patients soignés pour dépendance aux opiacés est passée de 43 % en 2003 à 35 % en 2006 dans les 13 pays pour lesquels des données suffisantes sont disponibles ([115]).

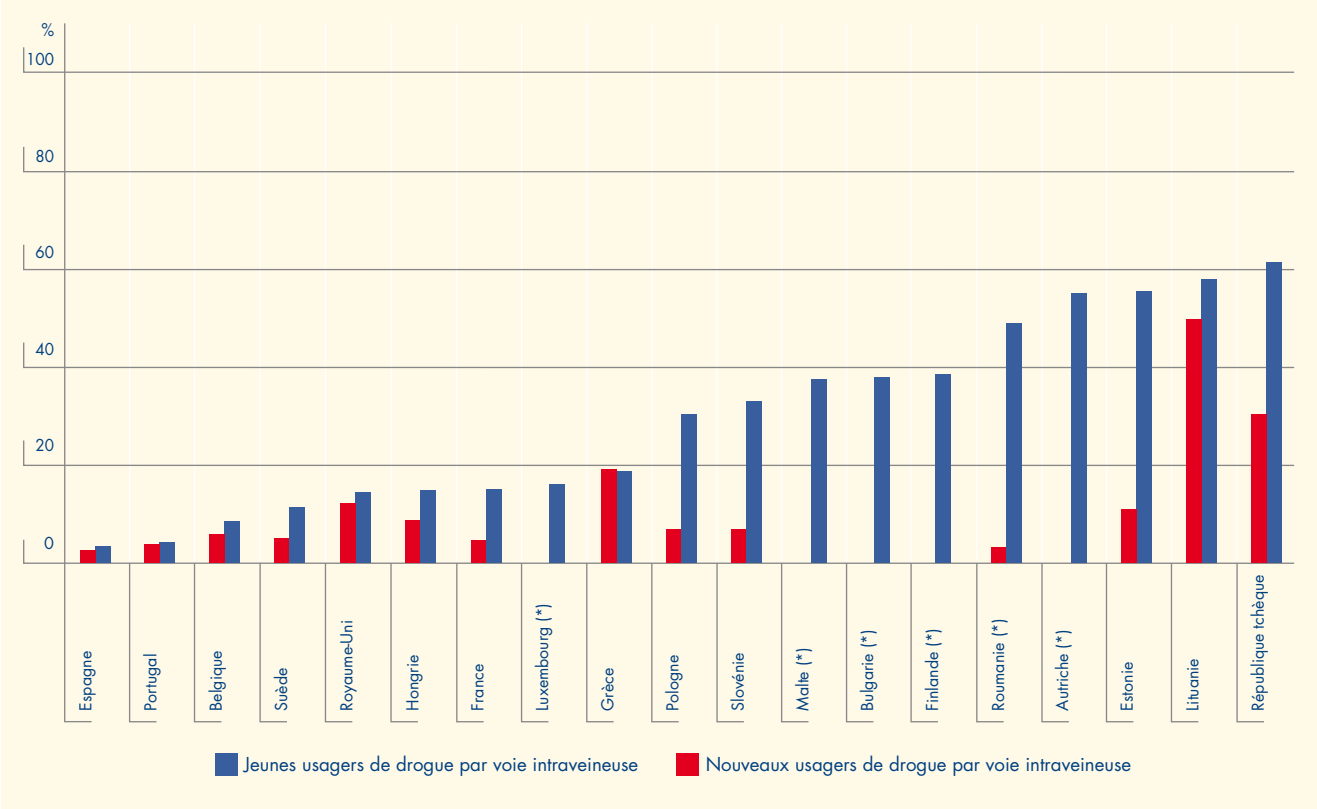
Une analyse des données relatives aux demandes de traitement dans neuf pays participant à une étude pilote a révélé que près de 63 % de tous les patients consommateurs d'opiacés (ceux sous traitement et ceux ayant commencé un traitement au cours de l'année écoulée) ont déclaré s'injecter la drogue quand ils ont entamé leur traitement ([116]). Ceci suggère que chez les patients déjà sous traitement, la proportion d'usagers de drogue par voie intraveineuse était relativement élevée au début du traitement.

Des études réalisées auprès de consommateurs qui s'injectent la drogue peuvent fournir une autre perspective quant aux écarts nationaux et à l'évolution au fil du temps de la consommation par voie intraveineuse en Europe. De nombreux pays réalisent régulièrement des études sur des groupes d'usagers de drogue par voie intraveineuse, généralement dans le contexte d'un dépistage des maladies infectieuses, qu'ils recrutent souvent dans différents cadres afin de permettre une généralisation optimale des résultats. Il convient d'user de prudence dans les comparaisons entre pays, eu égard au parti pris potentiel dans la sélection des personnes interrogées ([117]).

Certains pays affichent d'importantes proportions (au-delà de 20 %) de nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse (s'injectant la drogue depuis moins de deux ans) dans ces études, alors que, dans plusieurs autres, ils représentent moins de 10 % (voir la figure 9). Parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse interrogés en République tchèque, en Estonie, en Lituanie, en Autriche et en Roumanie, plus de 40 % sont de jeunes usagers (moins de 25 ans), alors qu'ils sont moins de 20 % dans neuf autres pays.

([114]) Voir tableaux PDU-104, TDI-4, TDI-5 et TDI-17 (partie v) du bulletin statistique 2008.
([115]) Voir figure TDI-7 et tableau TDI-17 (partie i) du bulletin statistique 2008.
([116]) Voir tableaux TDI-17 (partie iv) et TDI-40 du bulletin statistique 2008.
([117]) On pourrait s'attendre à ce que le nombre de jeunes ou de nouveaux UDVI soit inférieur dans les échantillons recrutés auprès des centres de soins que dans des cadres plus «ouverts» tels que les services à bas seuil, puisqu'en moyenne, les patients n'entament un traitement qu'après avoir consommé de la drogue pendant plusieurs années. Pourtant, l'analyse statistique de l'association entre environnements de recrutement et proportions de jeunes ou nouveaux UDVI ne montre aucune pertinence statistique, ce qui donne à penser que l'environnement de recrutement (classé en «traitement pour toxicomanie uniquement», «aucun traitement pour toxicomanie» et «cadre mixte») n'a pas forcément un impact significatif sur ces proportions.

Figure 9 — Proportion des jeunes et des nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse dans des échantillons d'utilisateurs de drogues injectables



NB: Les échantillons sont composés d'usagers de drogue par voie intraveineuse s'étant soumis à un dépistage de maladies infectieuses (VIH et VCH). L'échantillon le plus récent disponible dans chaque pays sur la période 2002-2006 a été utilisé, pour autant qu'il compte au moins 100 usagers de drogue par voie intraveineuse. L'astérisque indique qu'aucune donnée n'est disponible pour les nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse. Pour obtenir davantage d'informations, voir la figure PDU-3 du bulletin statistique 2008.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

En règle générale, une forte proportion de nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse devrait être une source d'inquiétude, surtout si ces chiffres sont renforcés par une large part de jeunes usagers de drogue par voie intraveineuse. Toutefois, si une proportion plus élevée de nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse peut indiquer une recrudescence de l'administration de drogue par voie intraveineuse, d'autres facteurs peuvent également y être associés (par exemple une consommation par injection de moins longue durée, une meilleure disponibilité d'options thérapeutiques, un taux de mortalité plus élevé chez les plus âgés).

Les pays présentant une population de consommateurs d'opiacés à problèmes bien établie ont généralement de faibles taux de jeunes et de nouveaux UDVI. Dans les autres États membres, souvent plus récents, les données indiquent des niveaux supérieurs de jeunes usagers de drogue par voie intraveineuse. La disparité dans le nombre de nouveaux usagers de drogue par voie intraveineuse dans les pays pour lesquels des données sont disponibles peut refléter des différences en termes d'âge moyen d'initiation, ainsi qu'une augmentation de l'incidence des injections chez les populations jeunes ou plus âgées.

Traitement de l'usage problématique d'opiacés

Profil des consommateurs d'opiacés entamant un traitement

Les patients entamant un traitement pour consommation primaire d'opiacés ont tendance à être plus âgés (moyenne d'âge de 32 ans) que ceux qui commencent un traitement lié à la cocaïne, à d'autres stimulants et au cannabis (âges moyens de 31, 27 et 24 ans respectivement), les femmes étant généralement plus jeunes d'un an ou deux que les hommes. Les consommateurs d'opiacés sont généralement plus jeunes dans les pays qui ont rejoint l'Union européenne depuis 2004, ainsi qu'en Irlande, en Grèce, en Autriche et en Finlande ([118]).

([118]) Voir tableaux TDI-10, TDI-32 et TDI-103 du bulletin statistique 2008.

En moyenne, les consommateurs d'opiacés sont plus nombreux que les consommatrices, avec un rapport de trois hommes pour une femme. C'est dans les pays du sud de l'Europe (Bulgarie, Grèce, Espagne, France, Italie, Chypre, Malte, Portugal) que l'on enregistre la plus forte proportion d'hommes ([119]).

Les consommateurs d'opiacés présentent un taux de chômage supérieur et un degré d'instruction inférieur à ceux des autres patients (voir le chapitre 2), et, dans certains pays, on observe une plus forte fréquence de troubles psychiatriques associés.

Près de la moitié des consommateurs d'opiacés en demande de traitement indiquent en avoir pris pour la première fois avant l'âge de 20 ans et un tiers environ entre 20 et 24 ans. Il est rare qu'une première consommation d'opiacés intervienne après 25 ans ([120]). Un délai moyen de sept à neuf ans est observé entre la première prise d'opiacés et le premier contact avec un centre de traitement. Ce délai est plus long chez les hommes que chez les femmes ([121]).

Fourniture des soins et couverture

Les soins destinés aux consommateurs d'opiacés sont principalement dispensés dans des structures ambulatoires, à savoir, entre autres, des centres spécialisés, des cabinets de médecine générale et des services à bas seuil. Dans quelques pays, les centres hospitaliers jouent aussi un rôle majeur, et notamment en Bulgarie, en Grèce, en Finlande et en Suède ([122]).

Un traitement de la dépendance aux opiacés basé sur le sevrage et sur la substitution est disponible dans tous les États membres de l'UE, ainsi qu'en Croatie et en Norvège. En Turquie, le recours à un traitement de substitution est à l'étude. Dans la plupart des pays, les traitements de substitution sont l'option la plus répandue, bien que, en 2005, la Hongrie, la Pologne et la Suède aient indiqué que le sevrage était la thérapie dominante chez elles.

Les traitements de substitution, généralement assortis d'une aide psychosociale, sont généralement dispensés dans des centres de soins ambulatoires spécialisés ou dans des structures d'entraide avec des médecins généralistes permanents. Les données disponibles relatives au nombre de patients sous traitement de substitution laissent entrevoir une hausse généralisée l'année dernière, sauf en France, aux Pays-Bas, à Malte et au Luxembourg, où la situation est restée stable. La plus forte augmentation, proportionnellement, a été rapportée par la République tchèque (42 %), bien que des progressions de plus de 10 % aient également été constatées en Pologne (26 %), en Finlande (25 %), en Estonie (20 %), en Suède (19 %), en Norvège (15 %), en Hongrie et en Autriche (11 %).

Une simple comparaison des estimations du nombre de consommateurs d'opiacés à problèmes et du nombre de traitements administrés suggère que plus d'une personne sur trois pourrait recevoir un traitement de substitution. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue qu'il subsiste un manque de précision dans les deux jeux de données, ce qui implique que ce calcul doit être considéré avec circonspection. Par ailleurs, les importants intervalles de confiance dans les estimations de la consommation problématique d'opiacés rendent difficiles les comparaisons entre pays. Néanmoins, les données disponibles indiquent que la proportion de consommateurs d'opiacés à problèmes bénéficiant d'un traitement de substitution diffère considérablement d'un pays à l'autre, avec des estimations de près de 5 % en Slovaquie, de 20 à 30 % en Finlande, en Grèce et en Norvège, de 35 à 45 % en République tchèque, à Malte et en Italie et de plus de 50 % au Royaume-Uni (Angleterre), en Allemagne et en Croatie ([123]).

Si la méthadone orale reste la principale drogue utilisée dans les traitements de substitution en Europe, le recours à la buprénorphine devient de plus en plus fréquent. Cela s'explique entre autres par le fait qu'elle serait associée à des taux de mortalité plus faibles en cas d'utilisation abusive (Connock et al., 2007). Au Danemark, après une révision des directives relatives à la substitution, le Conseil national de la santé presse désormais les médecins généralistes de prescrire de la buprénorphine en lieu et place de la méthadone.

Efficacité, qualité et normes des traitements

Des révisions d'essais cliniques aléatoires et des études d'observation concluent que le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) et le traitement d'entretien à la buprénorphine (TEB) peuvent tous deux être efficaces dans la gestion de la dépendance aux opiacés. Un récent article de Cochrane conclut toutefois que la buprénorphine est moins efficace que la méthadone administrée à une dose adéquate (Mattick et al., 2008). Plusieurs études ont également révélé que l'entretien à la diamorphine peut porter ses fruits chez les personnes qui ne répondent pas favorablement au TEM (Schulte et al., sous presse). Dans l'ensemble, les traitements de substitution ont été associés

([119]) Voir tableaux TDI-5 et TDI-21 du bulletin statistique 2008.
([120]) Voir tableaux TDI-11, TDI-107 et TDI-109 du bulletin statistique 2008.
([121]) Voir tableau TDI-33 du bulletin statistique 2008.
([122]) Voir tableau TDI-24 du bulletin statistique 2008.
([123]) Voir figure HSR-1 du bulletin statistique 2008.

Davantage d'options pharmaceutiques

De nouvelles options pharmaceutiques pour le traitement de la dépendance aux opiacés ont été développées et sont maintenant disponibles en Europe. Les objectifs de ces nouvelles options de prescription sont, notamment, l'amélioration de l'efficacité du traitement, la réponse aux besoins de différents groupes de consommateurs d'opiacés et la réduction des possibilités d'usage abusif des drogues de substitution.

Une combinaison buprénorphine/naloxone a été lancée sur le marché européen en 2006 en tant qu'alternative à la buprénorphine seule, et avec l'objectif de réduire le potentiel et l'attractivité des injections. Plusieurs États membres évaluent actuellement l'efficacité de cette substance en tant qu'option thérapeutique pour la dépendance aux opiacés ([1]).

La prescription d'héroïne médicale (diamorphine) comme option thérapeutique pour les consommateurs d'opiacés chroniques résistant au traitement est disponible dans une mesure limitée aux Pays-Bas (815 patients en 2006), au Royaume-Uni (400 patients) et en Allemagne, où les participants à l'essai «héroïne» continuent à recevoir de la diamorphine suivant un règlement spécial. Par ailleurs, un essai randomisé d'opiacés injectables (RIOTT) est en cours au Royaume-Uni. Il permettra d'évaluer l'efficacité de la diamorphine injectable, de la méthadone injectable et de la méthadone orale. En février 2008, il a également été décidé d'introduire un régime de prescription de la diamorphine au Danemark.

([1]) Des informations techniques sur la substance sont disponibles sur le site web de l'EMEA: http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm

à plusieurs résultats positifs, dont les suivants: suivi du traitement, réduction de la consommation illicite d'opiacés et de l'injection, baisse de la mortalité et de la criminalité, stabilisation et amélioration de la santé et des conditions sociales des consommateurs chroniques d'héroïne.

Les interventions psychosociales et psychothérapeutiques associées à une pharmacothérapie ont également fait leurs preuves dans les études portant sur les résultats des traitements, par exemple, NTORS au Royaume-Uni (Gossop et al., 2002) et DATOS aux États-Unis (Hubbard et al., 2003). Ces approches peuvent non seulement accroître la motivation à suivre le traitement, prévenir les rechutes et réduire les risques, mais également fournir des conseils et une aide pratique aux patients qui doivent gérer leurs problèmes d'hébergement, professionnels et familiaux en plus de soigner leur dépendance aux opiacés. Toutefois, les éléments disponibles ne militent pas en faveur du recours au seul traitement psychosocial (Mayet et al., 2004).

Plusieurs pays ont récemment fait état d'améliorations dans leurs directives thérapeutiques. En Croatie, au Danemark et en Écosse, les programmes de substitution ont été revus et les directives révisées afin d'accroître la qualité des traitements et de prévenir les détournements au profit du marché noir. Les lignes directrices britanniques en matière de gestion clinique de la toxicomanie ont également été actualisées, et le National Institute for Clinical Excellence a publié des orientations spécifiques concernant la prescription de méthadone et de buprénorphine, les traitements au naltrexone, la désintoxication ainsi que les soins psychosociaux. Le Portugal a lui aussi élaboré de nouveaux conseils afin de garantir un accès opportun aux traitements.

Traitement en milieu carcéral

De plus en plus, les décideurs européens prennent conscience de la nécessité d'harmoniser les pratiques et la qualité des services entre communauté et prison. Toutefois, un rapport publié par la Commission européenne (2007a) souligne la pénurie de services destinés aux toxicomanes dans les prisons et attire l'attention sur l'importance d'une intervention dans ce contexte. Parmi les exemples d'obstacles à la fourniture de services aux toxicomanes incarcérés, citons: le manque de capacités et d'expertise (Lettonie, Pologne, Malte), la fragmentation de l'assistance (Lettonie), l'absence d'interventions ciblées sur des groupes spécifiques tels que les jeunes toxicomanes (Autriche) et l'absence d'une stratégie de prévention axée sur la santé publique (Grèce).

Tout n'est cependant pas négatif. En effet, les programmes destinés aux détenus toxicomanes sont plus répandus, et de nouvelles initiatives sont signalées dans de nombreux pays. Ainsi, au Portugal, un cadre légal a été mis en place pour permettre la création d'un programme d'échange de seringues en milieu carcéral; en Lituanie, un décret oblige les prisons à fournir une assistance en prévision de la libération; au Danemark, depuis janvier 2007, tous les détenus condamnés à des peines de plus de trois mois peuvent bénéficier d'un «traitement garanti»; en République tchèque, les traitements de substitution ont été élargis à 10 prisons; et en Irlande, des services de soins en milieu carcéral sont actuellement évalués, dans le but d'assurer leur équivalence avec ceux proposés à la population générale.

La couverture des soins aux toxicomanes en prison reste faible comparée à celle de la population générale, bien que la prévalence de la consommation de drogue y soit généralement plus élevée. Dans de nombreux pays, la désintoxication est l'option thérapeutique privilégiée et

parfois la seule disponible. Des traitements de substitution sont théoriquement proposés dans la plupart des pays, mais les données fournies indiquent qu'en pratique, peu de toxicomanes en bénéficient. On note toutefois deux exceptions: l'Espagne, où 14% de tous les détenus condamnés (19 600) ont reçu un traitement de substitution en 2006, et le Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles), où l'on s'attend à ce que le nombre de personnes recevant de la méthadone augmente de 6 000 à 12 000 suite à l'introduction des nouvelles orientations en avril 2007.

Des lignes d'orientation pratiques relatives aux traitements de substitution en milieu carcéral, approuvées par l'OMS et l'ONUDC, ont récemment été publiées (Kastelic et al., 2008). Par ailleurs, certaines recherches indiquent que la thérapie de substitution aux opiacés en prison montrent des effets positifs sur les comportements à risque et la mortalité (Dolan et al., 2003). Une récente synthèse de recherches menées sur les programmes de substitution en prison a conclu que les effets positifs dépendaient de la fourniture d'une dose suffisante et d'un traitement courant sur toute la durée de l'emprisonnement (Stallwitz et Stöver, 2007). Par ailleurs, une planification minutieuse des libérations et de l'ancrage dans les soins généraux constituent également des éléments clés pour garantir que les bénéfices sanitaires engrangés pendant la détention ne soient pas ensuite perdus ([124]).

([124]) Voir «Risque élevé de décès dû à la drogue à la sortie de prison ou à l'issue du traitement», p. 86.

Chapitre 7

Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

Maladies infectieuses liées à la drogue

Les maladies infectieuses, telles que la contamination au VIH et les hépatites B et C, figurent au rang des conséquences sanitaires les plus graves de la consommation de drogue. Même dans les pays où la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse (UDVI) est faible, d'autres maladies, dont les hépatites A, B et C, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos, le botulisme et le virus T-lymphotropique humain, peuvent affecter les toxicomanes hors de toute proportion. L'OEDT surveille de manière systématique la prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les UDVI (prévalence d'anticorps ou autres marqueurs spécifiques dans le cas de l'hépatite B). Les données obtenues doivent être interprétées avec prudence, eu égard aux multiples limites méthodologiques inhérentes aux différents systèmes de données ([125]).

VIH et sida

À la fin de l'année 2006, l'incidence de la contamination au VIH diagnostiquée chez les UDVI restait apparemment faible dans la plupart des pays de l'Union européenne, et la situation globale de l'UE semblait relativement positive au regard du contexte mondial. Ceci est peut-être dû, au moins en partie, à la meilleure disponibilité des mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques, dont les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues. D'autres facteurs, tels que le déclin de la consommation de drogue par injection constaté dans certains pays, peuvent également avoir contribué à ce phénomène. Néanmoins, les données relatives à certaines régions d'Europe suggèrent que les taux de transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables sont restés relativement élevés en 2006, ce qui souligne la nécessité d'assurer la couverture et l'efficacité des méthodes de prévention locales.

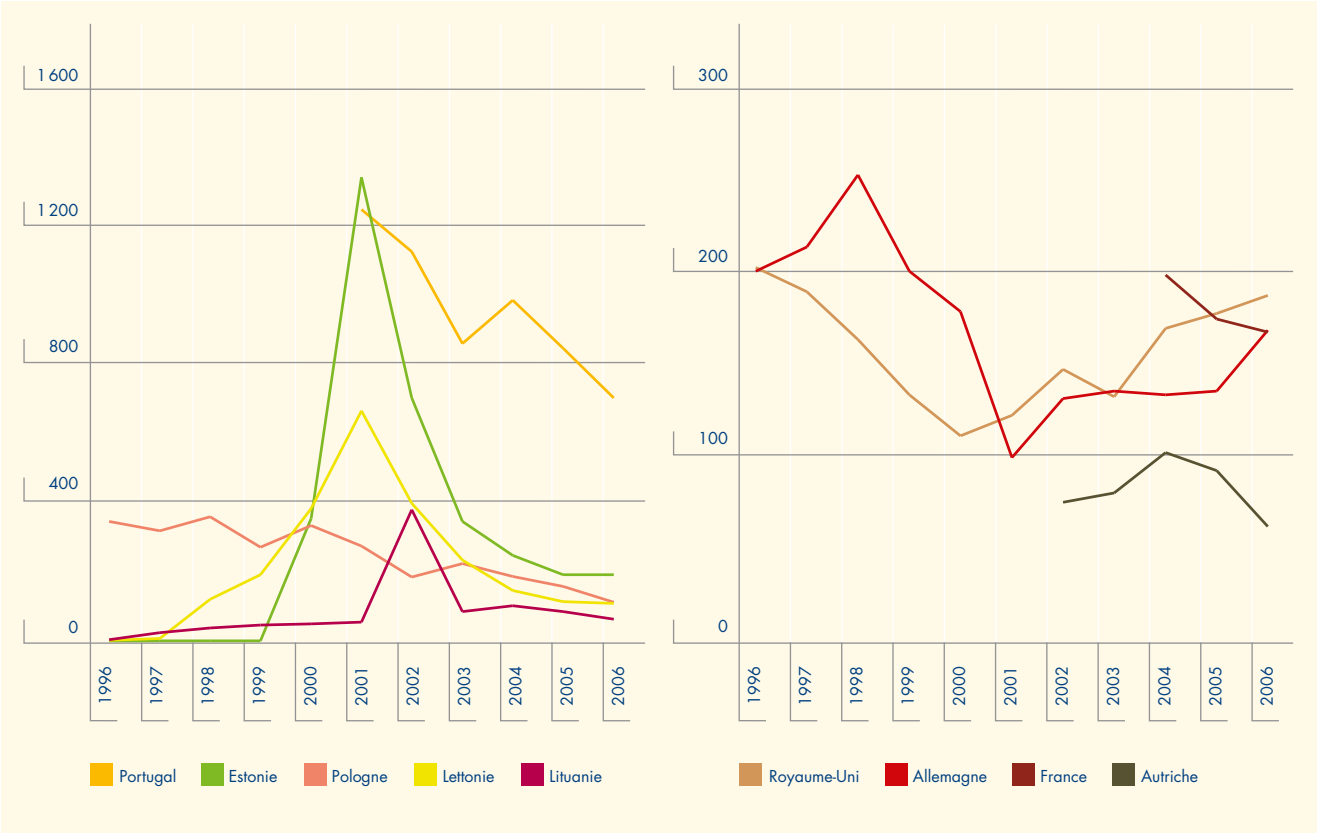
Tendances de la contamination au VIH

Les données relatives aux cas récemment diagnostiqués en relation avec la consommation de drogues injectables pour 2006 laissent apparaître que les taux d'infection continuent à chuter partout dans l'Union européenne, après le pic enregistré en 2001-2002 du fait d'épidémies en Estonie, en Lettonie et en Lituanie ([126]). En 2006, le taux global de nouvelles infections diagnostiquées chez les UDVI dans les 25 États membres de l'UE pour lesquels des données étaient disponibles était de 5,0 cas pour 1 million d'habitants, contre 5,6 en 2005 ([127]). Parmi les trois pays faisant état des taux les plus élevés d'infections nouvellement diagnostiquées (Estonie, Lettonie, Portugal), le Portugal faisait toujours état d'une tendance à la baisse en 2005/2006, alors qu'en Estonie et en Lettonie, la situation s'est stabilisée à 142,0 et 47,1 cas nouvellement diagnostiqués par million d'habitants, respectivement. Entre 2001 et 2006, aucune forte augmentation n'a été constatée dans quelque pays que ce soit en termes de proportion de la population touchée par le VIH. Dans les pays où une faible hausse a été observée (par exemple en Bulgarie et en Irlande), elle est restée inférieure à un cas supplémentaire par million d'habitants par an.

Un examen des chiffres absolus permet d'identifier les pays qui contribuent le plus aux totaux européens. En 2006, ce sont les pays présentant les plus forts taux d'infection qui ont rapporté le plus de cas nouvellement diagnostiqués chez les UDVI (Portugal: 703 nouveaux cas; Estonie: 191; Lettonie: 108) ([128]), ainsi que les pays les plus peuplés (Royaume-Uni: 187; Allemagne: 168; France: 167; Pologne: 112) (voir la figure 10). Dans ce contexte de baisse généralisée, les plus fortes progressions en termes absolus depuis 2001 ont été observées au Royaume-Uni, avec quelque 13 nouveaux cas par an, et en Allemagne, avec environ 10 cas supplémentaires, bien que ces accroissements ne se distribuent pas de manière uniforme d'une année à l'autre. En Bulgarie, le faible taux d'augmentation s'est récemment accéléré, avec 0,2, 0,7, 13 et 34 nouveaux cas par an entre 2001 et 2006, ce qui suggère une possible épidémie.

([125]) Pour obtenir de plus amples informations sur les méthodes et définitions, voir le bulletin statistique 2008.
([126]) Voir tableau INF-104 du bulletin statistique 2008.
([127]) Aucune donnée nationale n'est disponible pour l'Espagne et l'Italie. Ajusté pour ces deux pays, le taux serait de 5,9 cas par million d'habitants, contre 6,4 en 2005.
([128]) Au Portugal, 703 cas ont été rapportés dans EuroHIV pour 2006, alors que 432 ont été signalés par le Centre portugais pour la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles (CVEDT); cet écart est dû à la classification par année de référence (EuroHIV) et par année de diagnostic (CVEDT).

Figure 10 — Nombre absolu d'infections par le VIH nouvellement diagnostiquées pendant l'année du rapport chez les utilisateurs de drogues injectables: pays avec un niveau maximal de plus de 300 (à gauche) et entre 100 et 300 (à droite)



NB: Aucune donnée nationale n'est disponible pour l'Espagne et l'Italie. Les données sont communiquées pour les régions lorsqu'elles sont disponibles. Pour les deux pays, les nombres partiels totalisent plus de 100 nouveaux cas en 2005 et présentent une tendance à la baisse. Pour obtenir davantage d'informations, voir le tableau INF-104 du bulletin statistique 2008.

Source: EuroHIV.

Les tendances dégagées du suivi de la prévalence du VIH chez des échantillons d'UDVI complètent utilement les données issues du recensement des cas de VIH, car elles fournissent également des informations sur les infections non diagnostiquées. Des données de prévalence sont disponibles pour 25 pays pour la période 2002-2006 ([129]). Dans quinze d'entre eux, la prévalence du VIH est restée identique sur la période considérée. Dans cinq autres (Bulgarie, Allemagne, Espagne, Italie, Lettonie), elle a affiché des baisses pertinentes sur le plan statistique, toutes fondées sur des échantillons nationaux. Toutefois, dans deux de ces pays, des hausses régionales ont également été constatées: en Bulgarie, dans une ville, Sofia, et, en Italie, dans 8 régions sur 21 et dans une ville. Enfin, concernant cinq pays, soit aucune tendance nationale n'a été rapportée, soit la tendance observée était stable, même si au moins un échantillon sous-national indiquait une tendance à la hausse et si la prévalence restait globalement faible (Belgique, République tchèque, Lituanie, Royaume-Uni et, potentiellement, Slovénie).

La comparaison entre tendances en matière d'infections nouvellement diagnostiquées en relation avec la consommation de drogues injectables et tendances de la prévalence du VIH chez les UDVI suggère que l'incidence du VIH liée à la consommation de drogue par injection recule au niveau national dans la plupart des pays. Il est plus difficile d'interpréter ces données dans les pays où les sources de données sont partiellement contradictoires, comme c'est le cas par exemple en Bulgarie, en Allemagne et au Royaume-Uni. Toutefois, dans ces pays, tant l'incidence de nouveaux cas que son taux de croissance restent faibles (à l'exception de la Bulgarie pour la période 2004-2006).

Le taux élevé de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chaque année en relation avec la consommation de drogues injectables en Estonie, en Lettonie et au Portugal donne à penser que la transmission y est toujours fréquente. Pour l'Estonie, cette hypothèse est étayée par les données de prévalence de 2005, qui montraient qu'environ un tiers des nouveaux UDVI (toxicomanes s'injectant la drogue depuis moins de deux ans) étaient

([129]) Voir tableau INF-108 du bulletin statistique 2008.

séropositifs. La déclaration de forts taux de prévalence (plus de 5 %) chez les jeunes UDVI (échantillons d'au moins 50 UDVI de moins de 25 ans) tend également à démontrer que la transmission du VIH se poursuit dans plusieurs pays, dont l'Espagne (données nationales, 2005), le Portugal (données nationales, 2006), l'Estonie (deux régions, 2005), la Lettonie (données nationales et données de deux villes, 2002/2003), la Lituanie (une ville, 2006) et la Pologne (une ville, 2005) ([130]).

Les «points chauds» du VIH/sida

Les données les plus récentes indiquent que l'incidence de l'infection par le VIH chez les utilisateurs de drogues injectables est généralement faible dans l'Union européenne. Il convient toutefois d'être vigilant étant donné que certains États membres continuent de présenter des niveaux importants de nouvelles infections par le VIH liées à la prise de drogue par injection, et la situation est encore plus inquiétante dans certains pays voisins.

Après une récente épidémie de VIH en Estonie et en Lettonie, les taux d'infections nouvellement diagnostiquées chez les utilisateurs de drogues injectables diminuent depuis 2001 mais se sont maintenant stabilisés à des niveaux encore élevés (respectivement 142,0 et 47,1 nouveaux cas par million d'habitants en 2006), ce qui laisse penser que les taux de transmission restent élevés. Le Portugal présente toujours le plus grand nombre d'infections nouvellement diagnostiquées de l'Union européenne (voir p. 85) et, bien que la tendance soit à la baisse, le taux annuel de diagnostics nouvellement rapportés est toujours à un niveau élevé de 66,5 nouveaux cas par million d'habitants en 2006.

La situation est particulièrement inquiétante dans les pays voisins de l'Est de l'Union européenne. Dans les deux plus grands pays, la Russie et l'Ukraine, le nombre de cas nouvellement diagnostiqués est élevé et croît toujours. En 2006, le nombre d'infections nouvellement diagnostiquées liées à la prise de drogues par injection était estimé à plus de 11 000 en Russie et 7 000 en Ukraine (respectivement 78,6 et 152,9 nouveaux cas par million).

Des taux élevés de transmission en cours parmi les utilisateurs de drogues injectables soulignent l'importance de revoir la disponibilité, le niveau et l'étendue des services disponibles, y compris des mesures spécifiques destinées à réduire la propagation des maladies infectieuses, comme l'échange des aiguilles et les traitements de substitution. De plus, il est essentiel de réaliser des études ciblées parmi les utilisateurs de drogues injectables pour découvrir pourquoi certaines populations apparaissent particulièrement vulnérables, les facteurs associés à un comportement à risque et les barrières d'autoprotection, ainsi que pour identifier des approches prometteuses pour éviter de nouvelles épidémies.

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

Bien qu'elles ne fournissent pas d'indications valables quant à la transmission du VIH, les informations relatives à l'incidence du sida sont importantes, car elles témoignent des nouvelles manifestations de la maladie sous sa forme symptomatique. Elles peuvent également fournir des renseignements sur la couverture et l'efficacité de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART). Le fort taux d'incidence du sida rapporté dans certains pays européens peut indiquer que de nombreux UDVI ne reçoivent pas la thérapie HAART à un stade suffisamment précoce de leur infection pour en tirer un bénéfice optimal.

Le Portugal reste le pays présentant la plus forte incidence de sida liée à la consommation de drogues injectables. On estime ainsi à 22,4 le nombre de nouveaux cas par million d'habitants en 2006, bien que la tendance soit désormais clairement à la baisse, puisqu'on dénombrait encore 29,9 nouveaux cas par million d'habitants en 2005. Des taux d'incidence du sida relativement élevés sont également signalés en Estonie, en Espagne et en Lettonie (17,1, 15,1 et 13,5 nouveaux cas par million, respectivement). Parmi ces trois pays, la tendance est au recul en Espagne et en Lettonie, mais pas en Estonie, où les données les plus récentes indiquent une augmentation de 11,9 nouveaux cas par million en 2005 à 17,1 par million en 2006. Une hausse a également été observée en Lituanie, où l'on est passé de 2,0 nouveaux cas par million en 2005 à 5,0 en 2006 ([131]).

Hépatites B et C

Si seuls quelques États membres de l'UE sont concernés par une forte prévalence de la contamination au VIH, l'hépatite virale — et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) — est beaucoup plus présente dans toutes les populations d'UDVI. Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux d'UDVI en 2005/2006 oscillent entre 15 et 90 %, la plupart des pays faisant état de taux supérieurs à 40 %. Seuls quelques pays (Bulgarie, République tchèque, Finlande) font état d'une prévalence de moins de 25 % au sein des échantillons nationaux d'UDVI. Toutefois, un taux d'infection de ce niveau reste un problème de santé publique majeur ([132]).

À l'intérieur même des pays, les taux de prévalence du VHC peuvent varier considérablement, reflétant des différences régionales ainsi que les caractéristiques des populations examinées. Ainsi, au Royaume-Uni, des études

([130]) Voir tableaux INF-109 et INF-110 du bulletin statistique 2008.
([131]) Voir figure INF-1 du bulletin statistique 2008.
([132]) Voir tableaux INF-111 et INF-113 du bulletin statistique 2008.

Accès au dépistage et au traitement du VIH

Parmi les personnes infectées par le VIH en Europe, pas moins d'une sur trois pourrait ne pas avoir conscience d'être infectée (ECDC, 2007). Des rapports émanant de certains États membres suggèrent par ailleurs que ce niveau de conscience pourrait encore être plus faible chez les utilisateurs de drogues injectables infectés.

La conséquence en est que nombre des personnes infectées par le virus ne bénéficieront pas d'un traitement et de soins précoces. Elles peuvent par ailleurs contribuer à la contagion du VIH en exposant inconsciemment d'autres personnes au risque d'infection. Par ailleurs, la qualité des données collectées par les systèmes de surveillance du VIH est amoindrie.

Des données préliminaires suggèrent que l'accès des utilisateurs de drogues injectables au traitement antirétroviral et aux soins est disproportionnellement faible (Donoghoe et al., 2007). Pour que les approches de traitement antirétroviral soient efficaces, elles doivent tenir compte de la situation spécifique et des besoins des utilisateurs de drogues injectables. Pensons par exemple à la coexistence de problèmes de santé et sociaux (par exemple être sans-abri et ne pas disposer d'assurance), mais également à la stigmatisation et à la discrimination dans le cadre des soins, ou encore aux arrestations et incarcérations répétées.

Pour améliorer l'accès au dépistage et au traitement du VIH, l'OEDT a développé des directives spécifiques visant à offrir un examen médical volontaire annuel aux utilisateurs de drogues injectables, comprenant le dépistage du VIH et de l'hépatite virale ([1]).

([1]) http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination

locales font état de niveaux compris entre 29 et 59 %, alors qu'en Italie, les estimations régionales oscillent entre 40 et 96 %. Si les estimations générées au départ d'échantillons non aléatoires doivent toujours être considérées avec prudence, les écarts relevés dans les taux de prévalence peuvent avoir d'importantes implications pour le ciblage et la mise en place des programmes de prévention et de traitement. Par ailleurs, une meilleure compréhension des facteurs responsables des variations peut éclairer utilement l'élaboration de meilleures stratégies d'intervention.

Les études réalisées chez les jeunes (moins de 25 ans) et les nouveaux (consommation par injection depuis moins de deux ans) UDVI suggèrent que les délais permettant de prévenir une contamination par le VHC sont très courts, car beaucoup contractent le virus peu de temps après avoir commencé à s'injecter la drogue. Les études récentes (2005/2006) révèlent généralement des taux de prévalence compris entre 20 et 50 %, bien qu'il existe des écarts considérables entre les échantillons.

La prévalence des anticorps réagissant au virus de l'hépatite B (VHB) varie dans une plus large mesure que celle des anticorps du VHC, peut-être en raison de différences en termes de niveaux de vaccination, bien que d'autres facteurs soient susceptibles de jouer un rôle. L'ensemble de données disponibles le plus complet est celui qui concerne l'anticorps de l'antigène nucléocapsidique de l'hépatite B (anti-HBc), dont la présence indique un antécédent d'infection. En 2005/2006, six des onze pays qui ont fourni des données sur les UDVI ont fait état d'une prévalence d'anti-HBc de plus de 40 % ([133]).

L'évolution dans le temps du nombre de cas déclarés d'hépatites B et C donne une image différente de la situation. Dans le cas de l'hépatite B, la proportion d'UDVI dans tous les cas déclarés semble avoir légèrement diminué dans certains pays, ce qui pourrait refléter l'impact accru des programmes de vaccination visant spécifiquement ces populations. Dans le cas de l'hépatite C, la proportion des UDVI parmi les cas déclarés a reculé dans cinq pays, mais augmenté dans cinq autres (République tchèque, Luxembourg, Malte, Suède, Royaume-Uni) ([134]). Tant pour l'hépatite B que pour l'hépatite C, la proportion des UDVI parmi les cas déclarés est restée très différente d'un pays à l'autre en 2006, ce qui donne à penser qu'il existe des disparités géographiques dans l'épidémiologie de ces infections, quoi qu'un parti pris dans les méthodes de test et d'établissement de rapports ne puisse être exclu.

Prévention des maladies infectieuses

Les États membres de l'Union européenne ont recours à une ou plusieurs des mesures suivantes pour réduire la propagation et les conséquences des maladies infectieuses chez les toxicomanes: traitement de la dépendance, y compris les traitements de substitution (voir le chapitre 6), informations et conseils sanitaires, distribution de matériel d'injection stérile et éducation à une sexualité et à une consommation plus sûres. La disponibilité et la couverture de ces mesures varient considérablement d'un pays à l'autre.

Des programmes d'échange de seringues (PES) et des traitements de substitution aux opiacés sont disponibles dans tous les États membres de l'Union européenne, en Croatie et en Norvège. Il existe toutefois une grande disparité dans les conditions de distribution et dans la population cible. Si les niveaux de couverture des services

([133]) Voir tableau INF-115 du bulletin statistique 2008.
([134]) Voir tableaux INF-105 et INF-106 dans le bulletin statistique 2008.

de réduction des risques et de traitement de substitution en Europe se sont considérablement améliorés ces dix dernières années, dans certains pays, ces interventions restent limitées, et partout, les besoins restent supérieurs à l'offre en la matière.

Une récente étude de cohorte réalisée à Amsterdam montrait les avantages de la disponibilité conjointe de traitements d'entretien à la méthadone et de programmes d'échange de seringues. En effet, il ressortait de cette étude que la coexistence de ces deux services était associée à une incidence plus faible du VHC et du VIH chez les consommateurs de drogues injectables que lorsqu'un seul de ces services était proposé (Van den Berg et al., 2007).

Il est difficile d'évaluer la couverture des programmes d'échange de seringues, et seuls quelques pays fournissent des chiffres pertinents. La République tchèque, par exemple, fait état d'un réseau de 90 infrastructures de services à bas seuil qui entrent en contact avec quelque 25 000 toxicomanes par an, dont 70 000 UDVI, et fournissent en moyenne 210 seringues à chaque «usagers de drogue par voie intraveineuse».

Certains pays constatent une explosion du nombre de seringues distribuées par les programmes d'échanges de seringues (PES): en Estonie, on estime que le nombre de seringues distribuées par UDVI a doublé entre 2005 et 2006, pour atteindre 112; au cours de la même période, les programmes hongrois ont vu la rotation de leurs stocks de seringues s'accroître de 56 % et leur nombre de clients de 84 %; enfin, la Finlande fait toujours état d'une augmentation du nombre de clients fréquentant les centres de conseils sanitaires et de la quantité de seringues qui y sont distribuées. Toutefois, tous les pays ne connaissent pas une telle évolution: à Malte et en Slovaquie, la fourniture de seringues est restée stable en 2006; la Pologne rapporte quant à elle une baisse du nombre d'agences actives et une réduction de 15 % du nombre de seringues échangées. La Roumanie signale une chute de 70 % de la quantité de seringues échangées à Bucarest, essentiellement imputable selon elle à des problèmes financiers.

Dans plusieurs pays, la stabilisation ou le recul des échanges de seringues peut s'expliquer par un changement général des modes de consommation de drogues injectables et par la disponibilité de traitements: au Luxembourg, le nombre de seringues distribuées par des agences à bas seuil s'est stabilisé en 2005 et a baissé en 2006 après plusieurs années d'augmentation; un récent déclin de la distribution de seringues a également été signalé au Portugal et en Belgique (Communauté flamande) et, au niveau local, en Allemagne et au Pays-Bas.

Les programmes d'échange de seringues et services à bas seuil peuvent également constituer un canal d'orientation vers des soins pour les personnes ne bénéficiant que d'un accès restreint aux services généraux. À cet égard, citons la fourniture de soins de santé de base, ainsi que des mesures visant à promouvoir la santé sexuelle, telles que la distribution de préservatifs et de lubrifiants ainsi qu'une éducation à des pratiques sexuelles plus sûres. La fourniture de services de prévention des maladies infectieuses par les équipes sur le terrain et dans les agences à bas seuil est également établie dans une majorité de pays, bien que les services dans ce domaine se développent toujours. Par exemple, un réseau de

Vaccination contre l'hépatite B chez les toxicomanes

La transmission du virus de l'hépatite B (VHB) perdure parmi les utilisateurs de drogues injectables en Europe, chez lesquels les taux d'infection active par le VHB (prévalence de HBsAg) restent élevés dans la plupart des pays, en comparaison à la population générale ([1]). La vaccination est considérée comme la mesure la plus efficace pour prévenir l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) et ses conséquences. Conformément à la recommandation de 1991 de l'OMS, la plupart des États membres de l'UE, mais pas tous, ont adopté la vaccination universelle contre ce virus. Les politiques de vaccination infantile, toutefois, affecteront principalement les futures générations de toxicomanes. Pour freiner plus tôt la propagation de l'infection, plus de la moitié des États membres de l'UE ont mis en place des programmes de vaccination visant spécifiquement les utilisateurs de drogues injectables et/ou les prisonniers. Néanmoins, la couverture de ces programmes varie d'un pays à l'autre, et un tiers des États membres de l'UE ne rapporte toujours aucun programme de vaccination visant spécifiquement les toxicomanes.

Les programmes de vaccination visant les toxicomanes se heurtent souvent au problème de la faible acceptation, qui fait que les cycles de vaccination ne sont pas suivis. Partant de la disponibilité d'un vaccin sûr et efficace, les stratégies visant à accroître les niveaux d'immunité chez les personnes à risque pourraient comprendre une approche flexible, visant les toxicomanes au début de leur consommation et s'intéressant aux communautés présentant une prévalence plus élevée de toxicomanie. Des offres répétées de vaccination et des doses supplémentaires pour les personnes présentant une réaction immunitaire amoindrie pourraient également aider à obtenir de meilleurs résultats en termes d'immunité. Cela pourrait nécessiter des États membres de l'UE qu'ils revoient et éventuellement ajustent leurs politiques afin d'amoindrir le taux d'infection chronique par le VHB et ses conséquences.

([1]) Voir les tableaux INF-106 et INF-114 du bulletin statistique 2008.

prévention transnational à bas seuil, qui appliquera des normes de services et des protocoles de surveillance épidémiologique communs, est actuellement mis sur pied en Estonie, en Lettonie et en Lituanie.

Des services médicaux sont également assurés par des cliniques à bas seuil et par des unités mobiles, ou encore par le biais de programmes d'orientation. Ainsi, le réseau de services à bas seuil tchèque travaille en étroite collaboration avec les services de santé publique régionaux afin de faciliter l'accès aux consultations, aux dépistages et aux traitements de la comorbidité somatique, et plus particulièrement des hépatites virales. En Bulgarie, à Bourgas, sur la mer Noire, une unité médicale mobile a prodigué 750 consultations en 2006. Certaines municipalités danoises ont reçu des fonds du gouvernement pour financer des programmes sanitaires destinés aux toxicomanes les plus vulnérables. De plus, un projet pilote de trois ans, «Health Room», alliant soins de santé et consultations sociales avec une approche à bas seuil, a été mis sur pied à Copenhague en 2008.

Prévention des hépatites virales

En 2006, des initiatives ont été prises dans plusieurs pays afin de prévenir la propagation des hépatites virales. Ainsi, au Luxembourg, suite aux résultats d'un projet de recherche-action, les campagnes de conseils pour une consommation plus sûre destinées aux jeunes et aux nouveaux toxicomanes ont été renforcées, et l'accès gratuit à du matériel d'injection pour les UDVI a été amélioré. Au Danemark, des vaccins contre les hépatites A et B sont disponibles gratuitement depuis 2006 pour les toxicomanes et leurs partenaires, et les municipalités proposent désormais aux consommateurs de drogues injectables une gamme complète de services en relation avec les maladies infectieuses. Enfin, en Irlande, en 2007, un groupe de travail sur le VHC a été chargé d'élaborer une stratégie nationale de surveillance, d'éducation et de traitement.

Les prisons sont un cadre de choix pour proposer des interventions visant les maladies infectieuses liées à la consommation de drogue et fournir des services sanitaires à une population sinon difficile à atteindre (voir chapitre 2). Des études récentes indiquent qu'il est important de fournir des tests viraux à tous ceux qui ont un jour consommé des drogues illicites et montre que le dépistage de l'hépatite C chronique à l'arrivée en prison s'est révélé être une mesure rentable (Sutton et al., 2006). Outre le fait que les personnes contaminées reçoivent les soins et traitements nécessaires, les détenus toxicomanes peuvent ainsi bénéficier de diverses interventions, et par exemple d'une éducation à la santé et d'une vaccination contre l'hépatite B ([135]).

Mortalité et décès liés à la drogue

La consommation de drogue est l'une des principales causes de problèmes sanitaires et de décès chez les jeunes Européens. La mortalité considérable résultant de la prise d'opiacés, surtout, est illustrée par une étude internationale soutenue par l'OEDT, qui a révélé que dans sept zones urbaines d'Europe, 10 à 23 % de la mortalité des 15-49 ans étaient imputables à la consommation d'opiacés (Bargagli et al., 2005).

La mortalité liée à la drogue: un concept complexe

Les débats scientifiques et politiques à propos de la mortalité liée à la drogue sont tous deux entravés par la masse de concepts et de définitions utilisés dans ce domaine. Si on utilise des concepts très larges et globaux, l'utilité des données dans la compréhension des facteurs sous-jacents associés à la mortalité liée à la drogue pourrait s'avérer limitée. Par exemple, si l'on regroupe tous les décès où l'examen toxicologique est positif, on inclura les cas où les drogues ont joué un rôle causal direct, un rôle indirect ou aucun rôle du tout.

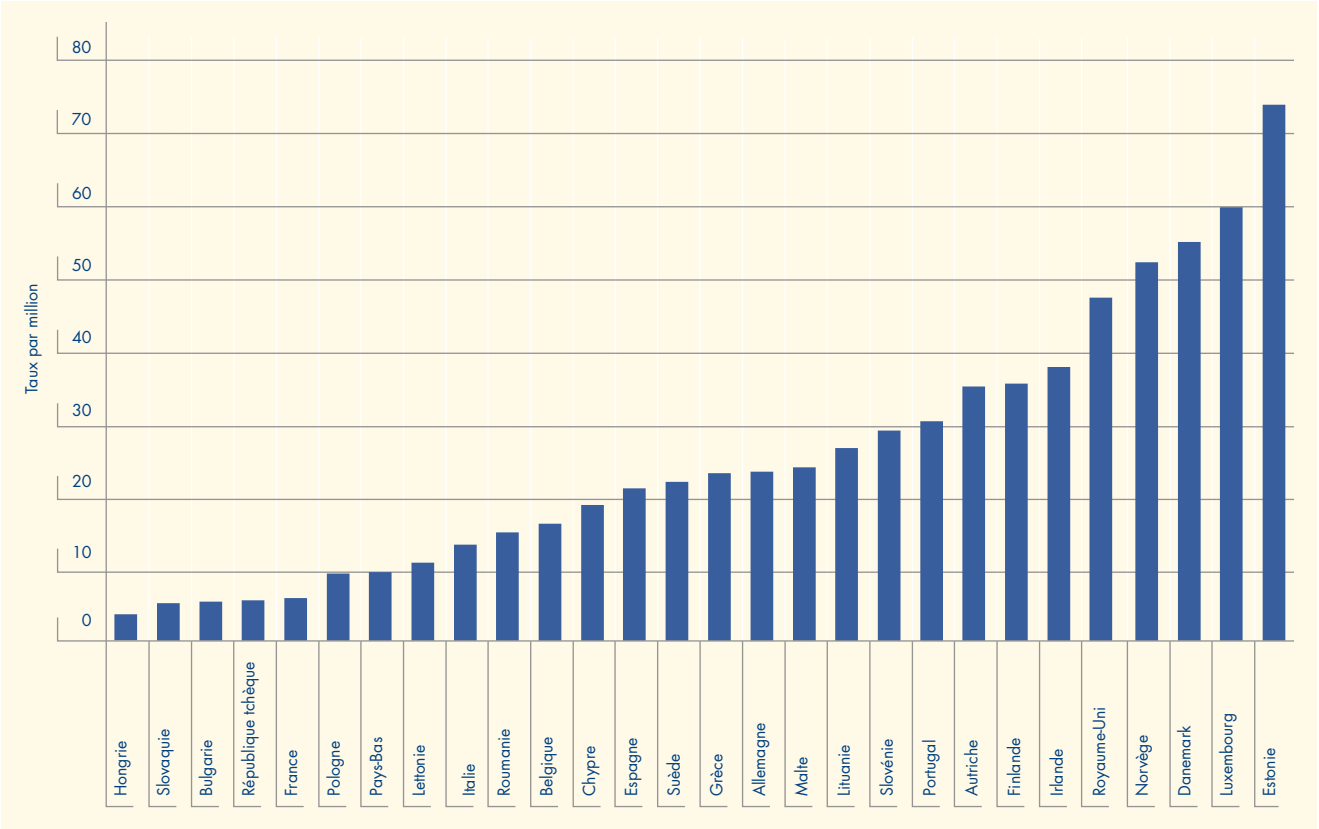
Une autre question importante est de savoir quelles substances sont prises en compte: uniquement les drogues illicites ou également d'autres substances et médicaments psychoactifs. Dans ce dernier cas, il pourrait s'avérer difficile de distinguer les décès liés à l'origine à des problèmes de santé mentale (par exemple le suicide en cas de dépression) de ceux imputables à la prise des substances. Par ailleurs, de nombreux décès dus à la drogue impliquent, en fait, plusieurs drogues et il peut être difficile de comprendre le rôle respectif des différentes drogues.

Conceptuellement, la mortalité liée à la drogue comprend deux grandes composantes. La première, et la mieux documentée, fait référence aux décès provoqués directement par l'action d'une ou plusieurs drogues. Ces décès sont typiquement appelés «surdoses», «intoxications» ou «décès dus à la drogue». La seconde composante est plus vaste et recouvre les décès qui ne peuvent pas être directement imputés à l'effet pharmacologique des drogues, mais qui sont tout de même liés à leur consommation: conséquences à long terme de maladies infectieuses, interactions avec des problèmes de santé mentale (par exemple le suicide) ou avec d'autres circonstances (par exemple les accidents de la route). Certains décès sont également liés aux drogues, mais dus à des raisons circonstancielles (par exemple la violence liée au trafic de drogue).

L'approche actuelle de l'OEDT pour rendre compte de la mortalité globale liée à la drogue se base sur une estimation des taux de mortalité dans des cohortes de toxicomanes à problèmes. Toutefois, d'autres approches sont explorées. Celles-ci devraient permettre de combiner les données provenant de différentes sources afin d'estimer la charge totale de la mortalité imputable aux drogues dans une communauté (voir «Mortalité globale liée à la drogue», p. 94).

([135]) Voir tableaux DUP du bulletin statistique 2008.

Figure 11 — Taux de mortalité chez tous les adultes (15-64 ans), décès dus à la drogue



NB: Pour la République tchèque, la Sélection D de l'OEDT a été utilisée à la place de la définition nationale; pour le Royaume-Uni, la définition de la stratégie antidrogue a été utilisée; pour la Roumanie, les données se rapportent uniquement à Bucarest et à plusieurs comtés situés dans la zone de compétence du laboratoire de toxicologie de Bucarest. Les calculs des taux de mortalité dans la population sont basés sur les chiffres de populations nationales de l'année 2005 communiquées par Eurostat. Les comparaisons des pourcentages des populations devraient être faites avec prudence, car il existe des différences dans les définitions des cas et dans la qualité de la communication des informations. Pour obtenir les intervalles de confiance et davantage d'informations sur les données, voir la figure DRD-7 (partie i) du bulletin statistique 2008.

Sources: Rapports nationaux Reitox (2007), extraits des registres nationaux de mortalité ou des registres spéciaux (médecine légale ou police) et d'Eurostat.

L'indicateur clé «décès et mortalité lié à la drogue chez les toxicomanes» de l'OEDT surveille essentiellement les décès directement causés par la consommation de drogue (décès dus à la drogue) et, dans une moindre mesure, la mortalité globale chez les toxicomanes, qui inclut aussi les décès associés à divers autres problèmes sanitaires et sociaux.

Décès dus à la drogue

La définition que donne l'OEDT des décès dus à la drogue ([136]) fait référence aux décès qui sont directement causés par la consommation d'une ou de plusieurs drogues (intoxications ou surdoses), lorsqu'au moins une des substances incriminées est une drogue illicite. Le nombre de toxicomanes, leurs modes de consommation (injection, polytoxicomanie) et la disponibilité de traitements et de services d'urgence sont autant de facteurs susceptibles d'influencer le nombre global de décès de ce type dans une communauté. D'une manière générale, les décès dus à la drogue se produisent peu de temps après la consommation de la ou des substances concernées.

Les améliorations apportées en termes de qualité et de fiabilité des données ces dernières années ont permis de mieux décrire les tendances générales et nationales. Par ailleurs, la plupart des pays ont désormais adopté une définition des cas conforme à celle de l'OEDT ([137]). Néanmoins, les écarts qui subsistent entre les pays dans la qualité de la communication des données signifient qu'il faut user de prudence lorsque l'on établit des comparaisons directes.

Entre 1990 et 2005, entre 6 500 et 8 500 décès dus à la drogue ont été déclarés chaque année par les États membres de l'UE, soit un total de plus de 130 000 décès pour cette période. On peut considérer que ces chiffres constituent une estimation minimale ([138]).

La mortalité imputable à la drogue varie considérablement d'un pays à l'autre, entre 3 à 5 et plus de 70 décès par

([136]) Les termes «décès dus à la drogue» ont désormais été adoptés, car ils reflètent avec plus d'exactitude la définition des cas.
([137]) Pour obtenir des informations méthodologiques détaillées sur les décès liés à la drogue, voir le bulletin statistique 2008.
([138]) Voir tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2008.

million de 15-64 ans (en moyenne 21 décès par million). Des taux supérieurs à 20 décès par million ont été relevés dans 16 pays européens et à 40 par million dans cinq pays. Chez les hommes âgés de 15 à 39 ans, les taux de mortalité sont généralement trois fois plus élevés (44 décès par million d'habitants, en moyenne en Europe). En 2005/2006, les décès dus à la drogue ont représenté 3,5 % de la totalité des décès enregistrés chez les Européens de 15 à 39 ans, et plus de 7 % dans neuf pays ([139]) (voir la figure 11).

Les recherches dans le domaine de la morbidité et des autres conséquences des surdoses non mortelles restent limitées, tout comme les investissements consentis dans la prévention, en dépit de signes indiquant que les chiffres pourraient être d'une ampleur considérable. En effet, il ressort de certaines études qu'il pourrait y avoir entre 20 et 25 surdoses non mortelles pour chaque surdose mortelle. Bien qu'il soit difficile de savoir si ces estimations s'appliquent à l'Union européenne dans son ensemble, cela donnerait une estimation approximative de quelque 120 000 à 175 000 surdoses non mortelles par an.

Décès liés aux opiacés

Héroïne

La surdose d'opiacés est une des principales causes de décès chez les jeunes Européens, surtout chez les hommes vivant en milieu urbain ([140]). Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne et ses métabolites, sont présents dans la majorité des décès dus à la drogue signalés dans l'Union européenne, représentant entre 55 et près de 100 % de tous les cas, avec des proportions de plus de 80 % dans plus de la moitié des pays ([141]). Dans les rapports toxicologiques établis dans le cadre de décès attribués à l'héroïne, il est fréquent que l'on trouve d'autres substances susceptibles d'avoir joué un rôle. Les plus fréquemment signalées sont l'alcool, les benzodiazépines, d'autres opiacés et, dans certains pays, la cocaïne. De récents travaux réalisés par l'OEDT, auxquels ont participé neuf pays, ont révélé que plus d'une drogue était mentionnée dans les résultats toxicologiques de 60 à 90 % des décès dus aux opiacés. Ces chiffres suggèrent qu'une part substantielle de tous les décès dus à la drogue peut s'inscrire dans le cadre d'une polytoxicomanie.

La majorité des victimes de surdose d'opiacés (60 à 95 %) sont des hommes, généralement âgés entre 20 et 40 ans, l'âge moyen étant d'environ 35 ans dans la plupart des pays ([142]). Dans de nombreux pays, l'âge moyen des

Décès liés au traitement de substitution

La recherche a montré que le risque de surdose décroît considérablement lorsque les héroïnomanes sont sous traitement de substitution à la méthadone. Par exemple, une récente étude de cohorte, portant sur plus de 5 000 héroïnomanes, a montré que le risque de décès par surdose était réduit par un facteur neuf lorsque les consommateurs sont sous traitement de substitution par rapport aux périodes hors substitution, y compris sous tout autre type de traitement ou en l'absence de traitement (Brugal et al., 2005).

La méthadone est toutefois identifiée dans les rapports toxicologiques de certains décès. Cela n'implique cependant pas, dans tous les cas, un lien causal direct, puisque d'autres drogues ou facteurs peuvent être présents. La mort par surdose est toutefois possible; les facteurs pouvant jouer un rôle sont entre autres des changements au niveau de la tolérance, un dosage excessif, une utilisation inappropriée par le patient et une utilisation de la drogue à des fins non thérapeutiques.

Un lien a pu être établi entre des mesures prises pour éviter le détournement de la méthadone sur le marché illicite et des diminutions du nombre constaté de décès dus à la méthadone au Royaume-Uni (Zador et al., 2006), et en général, le respect de bonnes pratiques dans le traitement de substitution peut être un élément essentiel pour la réduction des risques de décès liés à la méthadone. La santé des patients et de la communauté sera, dès lors, probablement sauvegardée en améliorant les standards de qualité des traitements (y compris les pratiques de prescription), le suivi du patient pendant les premières phases du traitement, la surveillance de toxicités cardiaques potentielles, l'information sur les risques que présente l'utilisation d'autres médicaments ou substances psychoactives et les modalités de distribution, afin de réduire le risque de détournement.

L'explosion du nombre de patients traités à la méthadone en Europe ne s'est pas traduite par une progression parallèle des décès liés à la méthadone. Une étude réalisée au Royaume-Uni a conclu que, entre 1993 et 2004, le nombre total de prescriptions de méthadone orale s'est accru par un facteur de 3,6, alors que le nombre de décès dans lesquels la méthadone joue un rôle a diminué, passant de 226 à 194 (Morgan et al., 2006). Cela représente une diminution du taux de mortalité lié à la méthadone, qui est passé de 13 pour 1 000 années-patients en 1993 à 3,1 pour 1 000 années-patients en 2004. Même s'il serait très utile de réaliser des études similaires dans d'autres pays, les données disponibles suggèrent que les décès liés à la méthadone sont plus probablement liés à des déficiences dans les modalités de prescription qu'au nombre global de patients traités par substitution.

([139]) Voir tableau DRD-5 et figure DRD-7 (partie ii) du bulletin statistique 2008.
([140]) Comme la plupart des cas déclarés à l'OEDT sont des surdoses d'opiacés, les caractéristiques générales des décès par intoxication aiguë sont utilisées pour décrire les cas de décès liés aux opiacés.
([141]) Voir figure DRD-1 du bulletin statistique 2008.
([142]) Voir tableau DRD-1 (partie i) du bulletin statistique 2008.

victimes de surdose augmente, ce qui porte à croire que le nombre de jeunes héroïnomanes se stabilise, voire diminue. Ailleurs (Bulgarie, Estonie, Roumanie, Autriche), toutefois, une proportion relativement forte de décès par surdose concerne les moins de 25 ans, ce qui peut indiquer que la population d'héroïnomanes ou de consommateurs de drogues injectables est plus jeune dans ces pays ([143]).

Méthadone et buprénorphine

Des recherches montrent que les traitements de substitution réduisent le risque de surdose mortelle. Toutefois, chaque année, plusieurs décès associés à des produits de substitution aux opiacés sont signalés, généralement imputables à une utilisation abusive ou, dans quelques rares cas, à des problèmes survenus pendant le traitement ([144]).

Certains pays font état de la présence de méthadone dans une proportion substantielle de décès dus à la drogue. Toutefois, en l'absence de normes communes d'établissement de rapports, le rôle joué par cette substance est souvent peu clair. Les pays signalant un nombre non négligeable de décès avec présence de méthadone sont notamment le Danemark, l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Norvège. Les autres pays n'ont rapporté aucun cas, ou seulement très peu ([145]). Aux États-Unis, une augmentation marquée des décès liés à la méthadone est signalée depuis 1999. La plupart de ces décès sont attribués à une utilisation abusive de méthadone détournée d'hôpitaux, de pharmacies, de cabinets médicaux ou de cliniques de la douleur, seul un petit nombre d'entre eux sont associés à de la méthadone obtenue dans le cadre d'un programme de substitution ([146]).

Les décès dus à une intoxication à la buprénorphine semblent peu fréquents, en dépit du recours accru à cette substance dans les traitements de substitution de nombreux pays européens. En France, très peu de décès sont recensés, alors que le nombre de toxicomanes recevant un traitement à la buprénorphine est considérable (76 000 à 90 000). En Finlande, toutefois, la buprénorphine est présente dans la plupart des décès dus à la drogue, généralement en combinaison avec des sédatifs ou de l'alcool, ou associée à une administration par voie intraveineuse ([147]).

Fentanyl

Une inquiétante épidémie d'intoxications mortelles au 3-méthylfentanyl a récemment été signalée en Estonie, sur la base des résultats d'examens toxicologiques post-mortem réalisés par des médecins légistes, avec 46 intoxications mortelles en 2005 et 71 en 2006 (Ojanperä et al., sous presse). Par ailleurs, des résultats préliminaires venant d'Estonie indiquent que 85 décès enregistrés en 2004 seraient liés à la même substance. D'autres rapports sporadiques font état de décès liés au fentanyl dans d'autres pays européens et, récemment, des épidémies de décès, généralement brèves, ont été observées aux États-Unis; à titre d'exemple, 350 décès ont été attribués au fentanyl à Chicago entre 2005 et 2007 (Denton et al., 2008). La très forte puissance de cette substance peut accroître le risque de surdose, bien qu'elle puisse passer inaperçue dans un dépistage toxicologique. La production et la consommation illicites accrues de fentanyl sont donc susceptibles de poser un sérieux défi aux systèmes de surveillance et aux réponses sanitaires existantes.

Décès liés à d'autres drogues ([148])

Il est plus difficile de définir et d'identifier les décès dus à la cocaïne que ceux liés aux opiacés (voir la question particulière 2007 sur la cocaïne). Les décès directement causés par une surdose pharmacologique sont apparemment rares, et ceux-ci sont le plus souvent associés à de très fortes doses de cocaïne. Pour le reste, la plupart des décès dus à la cocaïne semblent être le résultat de la toxicité chronique de la drogue, associée à des complications cardiovasculaires et neurologiques. Le rôle de la cocaïne dans ces décès n'est pas toujours identifié, et il est possible que tous ne soient pas recensés comme décès liés à la cocaïne. Dans de nombreux cas, la présence d'autres substances vient encore compliquer l'interprétation des données, rendant difficile la déduction de toute relation de cause à effet.

En 2006, plus de 450 décès liés à la cocaïne ont été signalés dans 14 États membres. Cela étant, il est probable que ce chiffre soit inférieur à la réalité.

Les décès lors desquels la présence d'ecstasy est détectée sont toujours rarement recensés. La plupart des décès avec «présence d'ecstasy» sont rapportés au Royaume-Uni, mais dans de nombreux cas, la drogue n'est pas identifiée comme la cause directe de la mort.

Si des décès dus aux amphétamines sont aussi rarement constatés en Europe, en République tchèque, un nombre substantiel de décès liés à la drogue est attribué au pervitin (méthamphétamines). En Finlande, on signale 64 décès dans lesquels les études toxicologiques ont révélé la présence d'amphétamines, ce qui n'implique pas nécessairement que la drogue soit la cause directe de la mort.

([143]) Voir figures DRD-2, DRD-3 et DRD-4 du bulletin statistique 2008.
([144]) Voir «Décès liés au traitement de substitution», p. 92.
([145]) Voir tableau DRD-108 du bulletin statistique 2008.
([146]) National Drug Intelligence Center, «Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate», novembre 2007, document 2007-Q0317-001, (en ligne) http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key
([147]) Voir tableau DRD-108 du bulletin statistique 2008.
([148]) Voir tableau DRD-108 du bulletin statistique 2008 et le rapport annuel 2007 pour toute information complémentaire.

Tendances des décès dus à la drogue

Au cours des années 80 et au début des années 90, le nombre de décès dus à la drogue a considérablement augmenté en Europe, suivant peut-être l'évolution de la consommation d'héroïne et de l'usage de drogues injectables, après quoi il est resté élevé ([149]). Toutefois, les données émanant de pays possédant des informations à long terme invitent à plus de nuance: dans certains d'entre eux (par exemple Allemagne, Espagne, France, Italie), un pic de décès a été enregistré au cours de la première moitié des années 90, après quoi leur nombre a reculé; dans d'autres (par exemple Irlande, Grèce, Portugal, Finlande, Suède, Norvège), le nombre de décès a atteint un sommet vers l'an 2000 avant de diminuer et, dans d'autres encore (par exemple Danemark, Pays-Bas, Autriche, Royaume-Uni), une tendance à la hausse a été observée, sans crête manifeste ([150]).

Il est plus difficile de décrire les tendances en matière de décès dus à la drogue entre 2001 et 2005/2006. Au cours des premières années de la décennie (entre 2000 et 2003), de nombreux pays de l'Union ont fait état de baisses et, dans l'ensemble, les décès dus à la drogue ont chuté de 3 % en 2001, de 14 % en 2002 et de 7 % en 2003 ([151]). En 2004 et en 2005, toutefois, la plupart des pays européens ont signalé de faibles hausses. Plusieurs facteurs y sont peut-être pour quelque chose, dont: l'accroissement de la polytoxicomanie, une disponibilité potentiellement accrue de l'héroïne ou un vieillissement de la population des consommateurs chroniques de drogue ([152]).

Quelques grands pays n'ayant pas encore communiqué les données pour 2006, les estimations globales du nombre de décès dus à la drogue restent provisoires. Toutefois, les données disponibles pour 18 pays donnent à penser qu'une légère diminution est intervenue par rapport à 2005.

Le nombre de décès dus à la drogue chez les moins de 25 ans a connu une baisse modérée dans l'ensemble de l'Europe, alors que dans les États membres qui ont rejoint l'Union après 2004, il a continué à augmenter jusqu'à une période récente ([153]). Toutefois, un accroissement de la proportion des cas plus jeunes a été observé ces dernières années en Grèce, au Luxembourg et en Autriche et, dans une moindre mesure, en Bulgarie, en Lettonie et aux Pays-Bas ([154]). Cette observation doit faire l'objet d'études plus approfondies, car elle pourrait indiquer une hausse du nombre de jeunes consommateurs d'opiacés dans ces pays.

Mortalité globale liée à la drogue

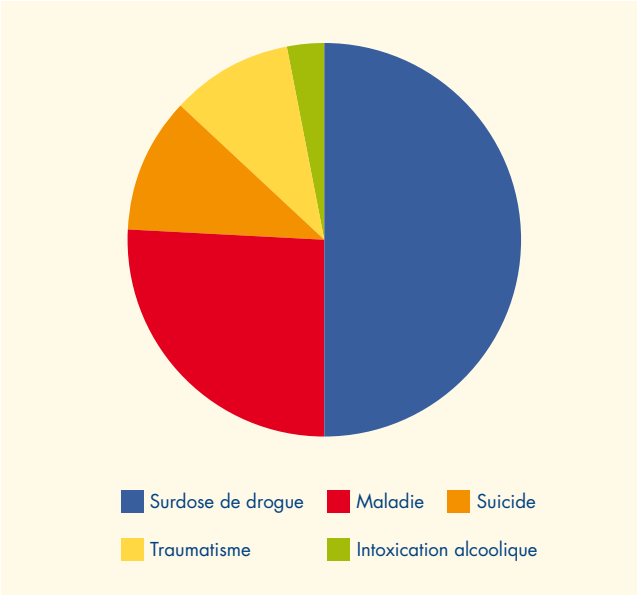
Une étude récente a constaté que le taux de mortalité chez les consommateurs d'opiacés suivant un traitement dans huit sites (sept villes et un pays) européens était très élevé comparativement à celui de leurs pairs du même âge (OEDT, 2006). D'autres études de cohorte ont révélé, chez les toxicomanes, des taux de mortalité de 6 à 54 fois supérieurs à ceux qui prévalent au sein de la population générale. Si ces différences sont essentiellement dues aux surdoses, d'autres facteurs ne peuvent être négligés et, dans certains pays, les décès dus au sida jouent un rôle significatif. Darke et al. (2007) définissent quatre grandes catégories de décès chez les toxicomanes: les surdoses (y compris les intoxications à l'alcool), la maladie, le suicide et les traumatismes. Parmi les maladies susceptibles d'être associées à la consommation de drogue, citons les affections liées à des virus hématogènes (VIH, VHC et VHB, voir ci-dessus), les néoplasmes, les troubles hépatiques et les maladies des systèmes circulatoires et respiratoires. Les traumatismes impliquent essentiellement des accidents, des homicides et autres actes de violence.

Une récente étude norvégienne réalisée au sein d'une cohorte de toxicomanes admis en traitement a révélé que, parmi les 189 décès recensés, les surdoses étaient responsables pour moitié des décès dont la cause était connue. Un quart était associé à des maladies, et plus particulièrement au sida et à des troubles hépatiques, alors que 10 % étaient imputables à des suicides et à des traumatismes, respectivement, et 2 % à des intoxications alcooliques (voir la figure 12). Il convient de noter que la proportion des décès associés au sida peut être considérablement plus grande dans les pays présentant une forte prévalence du VIH chez les toxicomanes.

Les études de cohorte sont un outil précieux pour évaluer et comprendre la mortalité globale associée à la toxicomanie, mais d'autres approches peuvent contribuer à affiner la compréhension du problème et fournir une vue d'ensemble au niveau national. Plusieurs nouvelles méthodes sont actuellement explorées par l'OEDT, en étroite collaboration avec les États membres, dans le but de les mettre en œuvre à l'échelle européenne. Dans l'une de ces approches, les taux de mortalité des études de cohorte sont extrapolés pour obtenir des estimations locales (Bargagli et al., 2005) ou nationales de toxicomanes à problèmes (Cruts et al., 2008). Dans une autre, les fractions imputables à la drogue, dérivées

([149]) Voir figure DRD-8 du bulletin statistique 2008. Pour des raisons historiques, cette tendance se réfère à l'Europe des 15 et à la Norvège.
([150]) Voir figure DRD-11 du bulletin statistique 2008.
([151]) Les chiffres mentionnés ici sont différents de ceux rapportés au cours des années précédentes en raison de changements dans la définition de cas ou dans la couverture au Danemark, en Espagne, en France et au Royaume-Uni, ainsi que d'actualisations réalisées dans plusieurs pays.
([152]) Voir «Les indicateurs des opiacés ne diminuent plus» p. 77, et tableau DRD-2 (partie i) et figure DRD-12 du bulletin statistique 2008.
([153]) Voir figure DRD-13 (partie i) du bulletin statistique 2008.
([154]) Voir figure DRD-9 du bulletin statistique 2008.

Figure 12 — Causes de décès connues parmi une cohorte de toxicomanes en Norvège



NB: Les données sont tirées d'une étude basée sur un échantillon de 501 toxicomanes admis pour un traitement de leur toxicomanie entre 1981 et 1991. Au total, 189 décès ont été enregistrés jusqu'à 2003, dont la cause n'a pu être déterminée dans 14 cas.

Source: Ødegard, E., Amundsen, E.J., et Kielland, K.B. (2007), «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176-182.

de plusieurs études, sont appliquées aux causes de décès les plus souvent associées à la toxicomanie (par exemple le sida, les accidents, les suicides et les intoxications) et qui sont consignées dans les registres de décès de la population générale.

Décès indirectement liés à la consommation de drogue

Les décès dus au sida directement imputables à la consommation de drogues injectables sont une autre importante cause de décès. Sur la base des données d'Eurostat et EuroHIV (rapport de fin d'année pour 2005, 2006), on peut estimer qu'en 2003, plus de 2 600 personnes sont mortes d'un sida imputable à la consommation de drogue ([155]). La plupart de ces décès ont été rapportés dans quelques pays, plus de 90 % d'entre eux étant survenus en Espagne, en France, en Italie et au Portugal. La mortalité liée au sida a connu un pic au milieu des années 90 et a enregistré un recul substantiel après l'introduction et la diffusion de la thérapie HAART.

À l'exception de l'Espagne, de l'Italie et, plus encore, du Portugal, les taux de mortalité dans la population dus à un sida imputable à la consommation de drogues injectables sont faibles. Par ailleurs, dans de nombreux pays, la mortalité par surdose est considérablement plus élevée que celle liée au sida chez les toxicomanes ([156]). Il est actuellement plus difficile d'évaluer le nombre de décès dus à d'autres causes (par exemple conséquences d'autres maladies infectieuses), et il existe un besoin d'améliorer la collecte de données et les estimations en la matière (voir section précédente).

Le suicide semble être une cause fréquente de décès chez les toxicomanes. Une revue de la littérature (Darke et Ross, 2002) a révélé que le taux de suicide chez les héroïnomanes est 14 fois supérieur à celui observé au sein de la population générale.

Réduction du nombre de décès

La réduction du nombre de décès liés à la drogue est l'un des objectifs de la plupart des stratégies antidrogue nationales, mais rares sont les pays à avoir adopté des plans d'action ou à avoir fourni des orientations systématiques sur les mesures à prendre. Toutefois, en 2007, le ministère britannique de la santé a publié de nouvelles directives sur la gestion clinique de la toxicomanie et de la dépendance, établissant des actions spécifiques pour la prévention des décès liés à la drogue.

La contribution que peuvent apporter les traitements, dont les traitements de substitution, les soins psychosociaux et les psychothérapies, à la réduction de la mortalité chez les toxicomanes a été mise en lumière dans une étude prospective à long terme réalisée en Italie (Davoli et al., 2007). Cette étude a été menée auprès d'une cohorte de 10 454 héroïnomanes faisant leur entrée dans un service de soins public entre 1998 et 2001, et visait à évaluer le suivi du traitement et la mortalité par surdose. Le risque de décès au sein de la cohorte était, en moyenne, supérieur d'un facteur de 10 à celui de la population générale. Néanmoins, chez les toxicomanes poursuivant leur traitement, ce facteur était réduit à 4, alors que ceux qui avaient interrompu leur traitement étaient 20 fois plus susceptibles de mourir.

La diffusion ciblée d'informations sur les risques et la gestion des surdoses par le biais de dépliants, de brochures et d'affiches est monnaie courante dans la plupart des pays. Par ailleurs, des ateliers de formation visant à accroître les connaissances et les aptitudes à la gestion des surdoses sont à présent signalés dans la moitié des États membres. Ces formations peuvent s'adresser aux toxicomanes, à leur famille ainsi qu'au personnel, et comprennent généralement une information sur les risques spécifiques, y compris sur la

([155]) L'année 2003 a été prise comme référence, parce qu'il s'agit de l'année la plus récente pour laquelle des informations relatives aux causes de décès sont disponibles pour la plupart des États membres par le biais d'Eurostat. Pour plus d'informations sur les sources, les chiffres et les calculs, voir tableau DRD-5 du bulletin statistique 2008.

([156]) Voir figure DRD-7 (partie ii) du bulletin statistique 2008.

tolérance réduite après une période d'abstinence, sur les effets de la polytoxicomanie, et plus particulièrement sur la consommation concomitante d'alcool, et sur la prise de drogue en l'absence d'autres personnes, ainsi que sur les compétences en matière de premiers secours. L'Italie indique que près de la moitié des centres de soins axés sur les assuétudes coordonnés par les services de santé publique proposent une formation aux réponses en cas de surdose alliée à une distribution de naloxone à emporter.

La surveillance proactive du bien-être psychosocial des toxicomanes, y compris de ceux sous traitement de substitution, peut se révéler utile, dans la mesure où les surdoses sont souvent déclenchées par des événements sanitaires ou sociaux antérieurs, et où les taux de surdose intentionnelle pourraient être élevés (Oliver et al., 2007).

Un autre défi, dans de nombreux pays, réside dans le fait que les services sanitaires et sociaux doivent faire face à une population vieillissante de toxicomanes de longue date, qui peuvent être plus vulnérables aux surdoses et à diverses conséquences sanitaires négatives. Les consommateurs de drogues injectables, surtout, sont susceptibles de souffrir de forts taux de maladies somatiques, et notamment d'infections hépatiques chroniques, ce qui accroît encore leur vulnérabilité.

Risque élevé de décès dû à la drogue à la sortie de prison ou à l'issue du traitement

Des études réalisées en Europe et ailleurs indiquent que le risque de décès dû à la drogue est très élevé durant la période suivant immédiatement la sortie de prison ou en cas de rechute après le traitement.

Une étude récente réalisée au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) a comparé les dossiers de près de 49 000 prisonniers libérés entre 1998 et 2000 avec tous les décès enregistrés jusque novembre 2003 (Farrell et Marsden, 2008). Des 442 décès survenus dans l'échantillon pendant cette période, la majorité (59 %) était liée à la drogue. Dans l'année suivant la libération, le taux de mortalité lié la drogue était de 5,2 pour 1 000 hommes et de 5,9 pour 1 000 femmes. Au cours de la période suivant immédiatement la libération, les taux attendus étaient dépassés de plus de dix fois pour les femmes, et de plus de huit fois pour les hommes. Tous les décès de femmes et 95 % des décès d'hommes survenus pendant la première quinzaine suivant la libération étaient liés à la drogue, et pourraient être attribués à des surdoses ou, plus généralement, à des problèmes d'abus de substances. Les rapports médicolégaux mentionnaient le rôle d'opiacés dans 95 % des décès dus à la drogue, de benzodiazépines dans 20 % des cas, de la cocaïne dans 14 % et d'antidépresseurs tricycliques dans 10 %.

L'étude VEdeTTE réalisée en Italie (Davoli et al., 2007) a observé un taux de mortalité dû aux surdoses de 1 pour 1 000 chez les héroïnomanes sous traitement et de 23 pour 1 000 durant le premier mois suivant le traitement, soit un risque de mort par surdose 27 fois supérieur durant le premier mois suivant le traitement, après ajustement aux facteurs confondants potentiels.

Malgré le lien observé entre les décès dus à la drogue et la libération de prison ou la fin du traitement, peu de pays investissent systématiquement des moyens dans l'éducation des prisonniers ou des patients sous traitement quant aux risques de surdose. La continuité des soins et la réinsertion des toxicomanes libérés de prison sont également sous-développées dans de nombreux pays. De précieuses opportunités pour la prévention des décès dus à la drogue pourraient être créées en améliorant ces deux domaines.

Chapitre 8
Nouvelles drogues et tendances émergentes

Introduction

L'usage de nouvelles substances psychoactives peut avoir des implications importantes en termes de santé publique et de politique, mais surveiller les tendances émergentes pose un défi considérable. En effet, il est difficile de détecter les nouveaux modes de toxicomanie parce qu'ils apparaissent généralement à un faible niveau et sont restreints, dans un premier temps, à des localités spécifiques ou à des sous-groupes limités de la population. Peu de pays disposent de systèmes de surveillance sensibles à ce type de comportement, et les difficultés méthodologiques que présente la surveillance de ce type de consommation de drogue sont considérables. Néanmoins, l'importance d'identifier les nouvelles menaces potentielles est largement reconnue, et c'est en réponse directe à cette problématique que l'Union européenne, par le biais de la décision du Conseil sur les nouvelles substances psychoactives, a élaboré un système d'alerte précoce fournissant un mécanisme de réponse rapide à l'émergence de nouvelles substances psychoactives sur la scène européenne des stupéfiants. Les activités visant à appuyer ce système constituent une part importante du travail de l'OEDT et s'inscrivent dans une perspective plus large, visant à utiliser une plus grande diversité de sources de données pour améliorer l'opportunité et la sensibilité du système de surveillance de la toxicomanie en Europe.

Action de l'Union européenne concernant les nouvelles substances psychoactives

La décision du Conseil sur les nouvelles substances psychoactives ([157]) instaure un mécanisme pour l'échange rapide d'informations sur les nouvelles substances psychoactives susceptibles de poser une menace pour la santé publique et la société. Elle prévoit également une évaluation des risques associés à ces nouvelles substances afin que les mesures applicables dans les États membres en matière de contrôle des stupéfiants et substances psychotropes puissent être élargies à ces produits. En mai 2007, une évaluation des risques d'une nouvelle substance psychoactive, le BZP (1-benzylpipérazine), a été effectuée par le comité scientifique élargi de l'OEDT, et un rapport a été soumis au Conseil et à la Commission européenne ([158]). Celui-ci concluait qu'eu égard à ses propriétés stimulantes, à ses risques sanitaires et à l'absence d'intérêt médical, il était nécessaire de contrôler le BZP, mais que les mesures mises en œuvre devaient être proportionnées aux risques relativement faibles qu'il présentait. En mars 2008, le Conseil a adopté une décision définissant le BZP comme une nouvelle substance psychoactive devant être soumise à des mesures de contrôle et à des dispositions pénales. Les États membres disposent d'un an pour prendre les mesures qui s'imposent, conformément à leur législation nationale, pour soumettre le BZP à des mesures de contrôle proportionnées aux risques que pose la substance, et à des sanctions pénales en vertu de leur législation et conformément à leurs obligations au titre de la Convention des Nations unies de 1971 sur les substances psychotropes.

En mars 2007, l'OEDT et Europol ont fait rapport à la Commission sur la surveillance active du mCPP (1-(3-chlorophényl)pipérazine) ([159]). Ce rapport, produit à des fins d'information uniquement, concluait qu'il était peu probable que «le mCPP s'établisse comme drogue récréative à part entière» du fait de ses propriétés psychoactives indistinctes et de certains de ses effets indésirables. Étant donné qu'il apparaît que le mCPP ne semble pas séduire particulièrement les consommateurs, il est probable que la présence d'un marché dans l'Union européenne soit plus le fait de l'offre (effet «push») que de la demande (effet «pull»).

Au cours de l'année 2007, un total de 15 nouvelles substances psychoactives ont été signalées pour la première fois à l'OEDT et à Europol par le système d'alerte précoce. Ce groupe de substances nouvelles est très diversifié et, outre de nouvelles drogues de synthèse, il comprend des médicaments et des substances naturelles.

([157]) Décision 2005/387/JAI du Conseil du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives (JO L 127 du 20.5.2005, p. 32).
([158]) http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp
([159]) http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html

De nouvelles substances contrôlées

Depuis janvier 2006, 12 pays ont déclaré avoir apporté des ajouts ou modifications à leurs listes de substances contrôlées. La mCPP (1-(3-chlorophényl)pipérazine) a été ajoutée à la liste des substances contrôlées de six pays (Belgique, Allemagne, Lituanie, Hongrie, Malte et Slovaquie) et la BZP (1-benzylpipérazine) a été ajoutée à cette liste dans quatre pays (Estonie, Italie, Lituanie, Malte). Parmi ces substances, la mCPP avait fait l'objet d'un suivi actif par l'OEDT et Europol, et la BZP d'une évaluation des risques en 2007. Les autres substances mises sous surveillance durant cette période comprennent les hallucinogènes DOC (4-chloro-2,5-diméthoxyamphétamine), DOI (4-iodo-2,5-diméthoxyamphétamine) et bromo-dragonfly (bromo-benzodifuranyl-isopropylamine) au Danemark et en Suède, ainsi que la kétamine en Estonie.

Différentes plantes aux propriétés psychoactives sont également contrôlées. À cette fin, la Belgique a restructuré sa législation sur les substances psychotropes pour y inclure une nouvelle catégorie listant les plantes ou parties de plantes contrôlées, et non plus uniquement leurs éléments psychoactifs comme c'était le cas auparavant. Parmi les plantes listées se trouvent le khat (qat, *Catha edulis*) et *Salvia divinorum*. Le khat est maintenant contrôlé par 11 pays en Europe (une évaluation des risques réalisée au Royaume-Uni en 2005 recommandait de ne pas le contrôler). En 2006, la Suède a ajouté la salvorine-A à sa liste, le principe actif essentiel de *Salvia divinorum*; la plante a également été mise sous surveillance en Allemagne en 2008. Dans la même période, *Tabernanthe* iboga a été ajoutée à la liste des substances contrôlées en France, suivant le contrôle légal de son principe actif, l'ibogaïne, en Belgique, au Danemark et en Suède. Enfin, en réaction aux décès associés aux champignons hallucinogènes, l'Irlande et les Pays-Bas se sont tous deux mis en branle pour combler d'anciennes lacunes qui avaient permis la vente et la possession de champignons frais contenant de la psilocine. En Irlande, la loi est entrée en vigueur en janvier 2006, tandis qu'aux Pays-Bas, le processus parlementaire est en cours au moment où nous écrivons ces lignes.

Pour obtenir davantage d'informations, consultez la liste des substances contrôlées dans l'UE et en Norvège présentée dans le «tableau des substances et classifications» de la base de données européenne sur les législations antidrogue (http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports).

Neuf des nouveaux composés détectés sont des drogues de synthèse analogues à celles listées dans les tableaux I et II de la Convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971. Parmi celles-ci figuraient des substances de groupes chimiques connus tels que les phénéthylamines, tryptamines et pipérazines, ainsi que d'autres, présentant une formulation moins courante. Le groupe se répartit à parts égales entre substances dotées d'effets hallucinogènes prononcés et substances présentant essentiellement des propriétés stimulantes.

En 2007, pour la première fois, trois substances naturelles ont été signalées par l'intermédiaire du mécanisme d'échange d'informations. Parmi elles, *Salvia divinorum*, une plante dotée de propriétés psychoactives puissantes ([160]).

L'internet, une foire aux substances psychoactives

L'internet ouvre une fenêtre sur le monde des toxicomanes, par le biais de ses forums, espaces de discussion et sites de commerce en ligne proposant des alternatives psychoactives aux substances contrôlées. Les informations que l'on y trouve donnent un aperçu de différents aspects du marché des drogues en ligne, et notamment des méthodes des boutiques en ligne, de la manière dont elles répondent à la demande des consommateurs et des nouvelles tendances chez les jeunes. Pour identifier l'évolution actuelle du marché des drogues en ligne, l'OEDT a effectué une étude au début de l'année 2008, sorte d'instantané passant au crible 25 boutiques en ligne. Les résultats de cette étude sont présentés ici.

Boutiques en ligne

On signale un nombre croissant de boutiques en ligne vendant des alternatives psychoactives aux drogues contrôlées telles que le LSD, l'ecstasy, le cannabis et les

Méthodologie de l'étude réalisée sur internet

Pour obtenir un instantané, des recherches ont été effectuées sur internet en janvier 2008 en utilisant des mots clés multilingues et le moteur de recherche Google (http://www.google.com). Au total, 68 magasins établis dans l'Union vendant différents types d'«euphorisants légaux» ont été identifiés. Ils ont été stratifiés selon leur pays d'origine. Les codes UE des noms de domaine (par exemple Allemagne, Espagne, France) ou d'autres indications (par exemple l'adresse de contact) ont été utilisés pour identifier ce pays. Plus de la moitié des magasins (52 %) se trouvaient au Royaume-Uni, 37 % aux Pays-Bas, 6 % en Allemagne, 4 % en Autriche et 1 % dans d'autres pays (par exemple l'Irlande ou la Pologne). Un échantillon aléatoire de 25 magasins en ligne a été sélectionné pour une analyse détaillée. Les fractions d'échantillonnage dans chaque strate (pays d'origine) étaient proportionnelles à celles de l'échantillon total de magasins en ligne. Les magasins en ligne vendant exclusivement aux professionnels plutôt qu'au consommateur ont été exclus, tout comme ceux vendant uniquement des champignons hallucinogènes.

([160]) Voir «De nouvelles substances contrôlées».

opiacés. Si les substances proposées à la vente par ces commerces sont souvent décrites comme des «euphorisants légaux» ou des «euphorisants à base de plantes», dans certains pays européens, ces drogues sont couvertes par les mêmes lois que les drogues contrôlées, et peuvent donner lieu aux mêmes sanctions.

Au sein de l'Union européenne, la majorité des boutiques en ligne identifiées lors de l'étude sont établies au Royaume-Uni et aux Pays-Bas et, dans une moindre mesure, en Allemagne et en Autriche. Les boutiques en ligne se spécialisent souvent dans certains types de produits liés à la drogue. Ainsi, certaines vendent des accessoires, d'autres offrent des champignons hallucinogènes ou des «party pills», alors que d'autres encore proposent une vaste gamme de substances végétales, semi-synthétiques et synthétiques.

Les boutiques en ligne basées en Europe commercialisent plus de 200 produits psychoactifs. Parmi les «euphorisants légaux» les plus fréquents, citons *Salvia divinorum*, le kratom *(Mitragyna speciosa)*, la liane d'argent *(Argyreia nervosa)*, les champignons hallucinogènes (OEDT, 2006) et une grande variété de «party pills».

Les vendeurs font l'article des substances qu'ils proposent à la vente en affirmant qu'elles ont des effets analogues à ceux des drogues contrôlées. Tant *Salvia divinorum* que la liane d'argent ou le «morning glory» *(Ipomoea violacea)*, plus rare, sont décrits comme produisant des effets hallucinogènes similaires à ceux du LSD. Le kratom est souvent commercialisé comme substitut aux opiacés, plusieurs préparations sont proposées en guise d'alternatives au cannabis, et les «party pills» sont censées remplacer la MDMA. Les «party pills» ainsi vendues peuvent contenir des composants végétaux ou des substances semi-synthétiques ou synthétiques. Le principal ingrédient des «party pills» de synthèse est souvent le benzylpipérazine (BZP), bien que les boutiques en ligne semblent avoir anticipé la requalification du BZP en substance contrôlée au sein des États membres de l'UE. Les prix affichés pour les différentes substances varient entre 1 et 11 euros pour l'équivalent d'une dose.

Le GHB et son précurseur, le GBL: suivi

En Europe, l'acide gamma-hydroxybutyrique (GHB) est sous surveillance depuis 2000, lorsqu'une évaluation des risques a été menée conformément à l'action conjointe de 1997 sur les nouvelles drogues synthétiques (OEDT, 2002). L'ajout du GHB au tableau IV de la Convention des Nations unies sur les substances psychotropes de 1971, en mars 2001, a obligé tous les États membres de l'UE à contrôler cette drogue dans le cadre de leur législation sur les substances psychotropes, et les nouvelles mesures de contrôle ont rapidement restreint le marché du GHB, jusque-là très ouvert.

Le GHB est une substance sécrétée naturellement par le corps humain, mais il est aussi utilisé comme médicament et comme drogue récréative. L'usage non médical du GHB est apparu dans les lieux de sortie nocturne de certaines régions d'Europe, des États-Unis et d'Australie au cours des années 90, et plus spécialement dans les boîtes de nuit où beaucoup d'autres drogues étaient couramment consommées. Rapidement, des inquiétudes se sont fait jour quant aux risques sanitaires associés à son utilisation. On s'est notamment soucié du risque potentiel que du GHB soit subrepticement ajouté à des boissons (une pratique appelée «drink spiking») dans le but de faciliter des agressions sexuelles. Toutefois, il n'existe pas de preuve scientifique permettant d'étayer ces craintes, et il est difficile d'établir ce phénomène, étant donné que le GHB n'est détectable que très peu de temps dans les fluides corporels. Toutefois, l'association de GHB à des agressions sexuelles facilitées par la drogue a sans doute contribué à lui conférer une image relativement «négative» (OEDT, 2008c).

GBL

À présent, c'est au tour d'une autre substance de provoquer des inquiétudes: le gamma-butyrolactone (GBL), un précurseur du GHB, qui n'est répertorié dans aucune des conventions des Nations unies relatives au contrôle des stupéfiants. Le GBL se convertit rapidement en GHB dans l'organisme, et à l'heure actuelle, aucun test toxicologique ne permet de déterminer laquelle des deux substances a été consommée.

Le GHB peut être fabriqué facilement à l'aide de GBL et de 1,4-butanédiol (1,4-BD), des substances utilisées couramment et légalement dans de nombreux secteurs industriels (par exemple produits chimiques, plastiques, médicaments) et donc disponibles auprès de fournisseurs commerciaux. La disponibilité dans le commerce du GBL risque de le rendre facilement accessible aux trafiquants de drogue et aux toxicomanes à des niveaux de prix et de risques nettement inférieurs à ceux généralement observés sur les marchés des drogues illicites dans l'Union européenne. Ainsi, le prix moyen d'une dose de 1 gramme de GBL achetée en gros sur l'internet oscille entre 0,09 et 2 euros.

Risques pour la santé

Tant le GHB que le GBL présentent une courbe dose-réponse abrupte, avec une apparition rapide des symptômes, ce qui accroît les risques de les voir associés

à un usage illicite. Parmi les principaux effets indésirables rapportés dans la plupart des cas d'intoxication au GHB recensés, citons les nausées, les vomissements et divers degrés d'altérations de la conscience. Toutefois, la présence fréquente d'autres drogues peut brouiller les pistes cliniques. Une étude néerlandaise portant sur 72 consommateurs de GHB a révélé que la majorité d'entre eux avait perdu conscience au moins une fois sous l'influence du GHB et que cela était arrivé fréquemment à certains (Korf et al., 2002). Lors d'une étude sur les consommateurs de GHB et de GBL au Royaume-Uni, les effets indésirables semblent avoir été plus fréquents dans les boîtes de nuit que dans les domiciles privés (Sumnall et al., 2008). À Londres et à Barcelone, le profil des patients souffrant d'intoxication au GHB a été défini comme suit: principalement de sexe masculin, jeune, une majorité se présentant le week-end et ayant consommé simultanément de l'alcool ou des drogues illicites (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Des intoxications et urgences associées à la consommation de GHB sont rapportées dans la littérature scientifique et à l'OEDT depuis la fin des années 90, quoique de manière non systématique, en Belgique, au Danemark, en Espagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Finlande, en Suède, au Royaume-Uni et en Norvège. Bien que le GHB ne soit associé qu'à une très faible proportion de toutes les intoxications à des drogues nécessitant une hospitalisation ou le recours à un service d'urgence, ces chiffres semblent avoir augmenté depuis 2000. À Amsterdam, en 2005, la part des demandes d'assistance médicale urgente requérant un transport à l'hôpital a été plus grande pour les cas liés au GHB/GBL qu'à d'autres drogues.

Au Royaume-Uni, le service des urgences d'un hôpital londonien — avec une zone d'intervention couvrant plusieurs boîtes gay, mais pas exclusivement — a enregistré un total de 158 cas d'intoxications au GHB et au GBL en 2006. Si la plupart de ces patients ont déclaré avoir consommé du GHB, l'analyse chimique d'échantillons prélevés dans la même zone au cours de la même période a révélé que plus de la moitié des échantillons contenaient du GBL. Ceci donne à penser que la consommation de GBL est peut-être plus courante qu'on ne le pensait (Wood et al., 2008).

Du fait de son élimination rapide par l'organisme, il est difficile d'établir qu'une intoxication ou un décès est imputable au GHB/GBL. Par ailleurs, il n'existe pas de système précis et comparable permettant d'enregistrer le nombre de décès et d'urgences non mortelles associés à la consommation du GHB ou de ses précurseurs.

Réponses

Certains États membres (Italie, Lettonie, Suède) ont choisi de contrôler le GBL (ou le GBL et l'autre précurseur du GHB, le 1,4-BD) en vertu de leur législation de contrôle des drogues ou équivalente, et des mesures de contrôle supplémentaires font actuellement l'objet de débats au Royaume-Uni. Conformément à la législation communautaire sur le contrôle des précurseurs, le GBL et le 1,4-BD sont inclus dans la liste des substances non contrôlées pour lesquelles des mesures de surveillance sur base volontaire sont en place dans tous les États membres, de manière à prévenir leur détournement d'usages industriels licites.

Des mesures de prévention et de réduction des risques en réponse à l'usage de GHB/GBL sont actuellement mises en œuvre par les projets antidrogue communautaires et nationaux visant les lieux de sortie nocturne. Ces mesures prévoient généralement la formation du personnel des boîtes de nuit et la diffusion d'informations sur les risques associés à la prise de GHB et d'autres drogues. De telles interventions ont généralement lieu en conjonction avec d'autres initiatives liées aux «drogues de boîtes de nuit» et à la consommation d'alcool et de cocktails de drogues (OEDT, 2008e).

Références

Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, p. 198-202.

Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction* 100, p. 981-989.

Cameron, L., et Williams, J. (2001), «Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?», *Economic Record 77*, p. 19-34.

CND (2008), Situation mondiale en ce qui concerne le trafic de drogue: rapport au Secrétariat, Commission des stupéfiants, Conseil économique et social des Nations unies, Vienne.

Coggans, N. (2006), «Drug education and prevention: has progress been made?», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, p. 417-422.

Commission européenne (2007a), «Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil du 18 juin 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie», COM (2007) 199 final.

Commission européenne (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe,* DG Santé et consommateurs.

Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), «Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation», *Health Technology Assessment* 11(9).

Copeland, A.L., et Sorensen, J.L. (2001), «Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 62, p. 91-95.

Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I., et Van Laar, M. (2008), «Estimating the total mortality among problem drug users», *Substance Use and Misuse* 43, p. 733-747.

Currie, C., et al. (éd.) (2008), «Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey», WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, Bureau régional pour l'Europe de l'OMS, Copenhague.

Daly, M. (2007), «Plant warfare», *Druglink* 22(2), mars-avril.

Darke, S., et Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, p. 1383-1394.

Darke, S., Degenhardt, L., et Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.

Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., et al. (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, p. 1954-1959.

De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), «Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro», *Revista Española de Salud Pública* 80, p. 505-520.

DeFuentes-Merillas, L., et De Jong, C.A.J. (2008), «Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie», NISPA, Nijmegen.

Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J., et Kalelkar, M.B. (2008), «An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007», *Journal of Forensic Science* 53, p. 452-454.

Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), «A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system», *Drug and Alcohol Dependence* 72, p. 59-65.

Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S., et Matic, S. (2007), «Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004», *International Journal of Drug Policy* 18, p. 271-280.

ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report,* Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm.

Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, La Haye.

Europol (2007b), Project COLA: *European Union cocaine situation report 2007*, Europol, La Haye.

Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, La Haye.

Farrell, M., et Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment», *Addiction* 103, p. 251-255.

Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A., et Wendling, B.W. (2001), «The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse», *Journal of Health Economics* 20, p. 51-68.

Gorman, D.M., Conde, E., et Huber, J.C. (2007), «The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation», *Drug and Alcohol Review* 26, p. 585-593.

Gossop, M., Manning, V., et Ridge, G. (2006), «Concurrent use and order or use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder», *Addiction* 101, p. 1292-1298.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., et Treacy, S. (2002), Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK), *Addictive Behaviors* 27, p. 155-166.

Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D., et Klempova, D. (2008), «Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe», *Drug and Alcohol Review* 27, p. 236-242.

Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York, (en ligne) http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf

Hubbard, R.L., Craddock, S.G., et Anderson, J. (2003), «Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)», *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, p. 125-134.

Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, présenté lors de la deuxième conférence européenne sur le trafic de drogue et l'application de la loi, Paris, 26/27 septembre 2002, (en ligne) http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html

Kastelic, A., Pont, J., et Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings:* a practical guide, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg, (en ligne) http://www.archido.de/

Korf, D., Nabben, T., et Benschop, A. (2002), GHB: *Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.

Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J., et Patton, G.C. (2006), «Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies», *Addiction* 101, p. 948-958.

Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements, Home Office, (en ligne) http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707

Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C., et Davoli, M. (2008), «Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L., et Davoli, M. (2004), «Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.

Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J., et Sanchez, M. (2002), «Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate», Journal of Toxicology: *Clinical Toxicology* 40, 129-135.

Morgan, O., Griffiths, C., et Hickman, M. (2006), «Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004», *International Journal of Epidemiology* 35, p. 1579-1585.

Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B., et LaRowe, S. (2004), «Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues», *Annals of Clinical Psychiatry* 16, p. 101-109.

NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londres.

Nordstrom, B.R., et Levin, F.R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, p. 331-342.

OEDT (2002), Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2006), Rapport annuel 2006: l'état du phénomène de la drogue en Europe, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2007a), Rapport annuel 2007: l'état du phénomène de la drogue en Europe, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2007b), Drogue et criminalité: une relation complexe, Objectif drogues n° 16, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2008a), A cannabis reader: global issues and local experiences, Monograph n° 8, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2008b), Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach, Insights n° 9, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2008c), Sexual assault facilitated by drugs or alcohol, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, (en ligne) http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsa

OEDT (2008d), Towards a better understanding of public expenditure in Europe: question particulière 2008 de l'OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, (en ligne) http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/public-expenditure

OEDT (2008e), GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne, (en ligne) http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb

OEDT (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OICS (2008a), Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2007, Nations unies: Organe international de contrôle des stupéfiants, New York.

OICS (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Nations unies: Organe international de contrôle des stupéfiants, New York.

Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A., et Vuori, E. (sous presse), «An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia», *International Journal of Legal Medicine*.

Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), «A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose», *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londres.

OMD (2007), *Customs and drugs report 2006*, Organisation mondiale des douanes, Bruxelles.

ONUDC (2007a), *2007 World drug report*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

ONUDC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa:* the threat to stability and development, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne, (en ligne) http://www.ONUDC.org/ONUDC/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html

ONUDC (2008), 2008 *World drug report*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

ONUDC et gouvernement du Maroc (2007), *Morocco Cannabis survey 2005*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.

Ødegard, E., Amundsen, E.J., et Kielland, K.B. (2007), «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, p. 176-182.

Perkonigg, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., et al. (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, p. 439-449.

Petrie, J., Bunn, F., et Byrne, G. (2007), «Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review», *Health Education Research* 22, p. 177-191.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147-155.

Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R., et Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, p. 502-506.

Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), «Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention», *Journal of Psychoactive Drugs* 32, p. 233-238.

Reitox, rapports nationaux, (en ligne) http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports

Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, (en ligne) http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo

Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D., et Wiessing, L. (2008), «Guidelines for estimating the incidence of problem drug use», Final report CT.06.EPI.150.1.0, OEDT, Lisbonne, (en ligne) http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation

Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (sous presse), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», Rapport final WP 1 du projet SANCO/2006/C4/02 sur le thème «Drug policy and harm reduction», pour le compte de la Commission européenne.

Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., et Carballo, J.L. (2008), «Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes», *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, p. 202-207.

Stallwitz, A., et Stöver, H. (2007), «The impact of substitution treatment in prisons: a literature review», *International Journal of Drug Policy* 18, p. 464-474.

Sumnall, H. R. , Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, p. 286-290.

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.

Swift, W., Hall, W., et Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, p. 309-318.

Szendrei, K. (1997/1998), «Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality», *Bulletin on Narcotics* XLIX et L, n° 1 et 2.

Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), «Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use», *Lancet* 369, p. 1391-1401.

USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., et Prins, M. (2007), «Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users», *Addiction* 102, p. 1454-1462.

Werch, C.E., et Owen, D.M. (2002), «Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs», *Journal of Studies on Alcohol* 63, p. 581-590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), «Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)», *Quarterly Journal of Medicine* 101, p. 23-29.

Zador, D., Mayet, S., et Strang, J. (2006), «Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK», *International Journal of Epidemiology* 35, p. 1586-1587.

Zonnevylle-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H., et Lochman, J.E. (2007), «Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, p. 33-39.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

Rapport annuel 2008 — État du phénomène de la drogue en Europe

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

2008 — 106 pp. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-328-4

Comment vous procurer les publications de l'Union européenne?

Vous trouverez les publications de l'Office des publications disponibles à la vente sur le site de l'EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu), où vous pourrez passer commande auprès du bureau de vente de votre choix.

Vous pouvez également demander la liste des points de vente de notre réseau mondial par télécopie au (352) 29 29-42758.

TD-AC-08-001-FR-C

À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organismes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source centrale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le rapport annuel présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur le phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE et en Norvège, et il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.

Office des publications
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-328-4