



Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

ISSN 1609-6142

# RAPPORT ANNUEL 2012

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE  
EN EUROPE





Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

# RAPPORT ANNUEL 2012

ÉTAT DU PHÉNOMÈNE DE LA DROGUE  
EN EUROPE

## Avis juridique

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

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

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

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

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

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

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

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2012

ISBN 978-92-9168-542-4

doi:10.2810/6532

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2012

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

*Printed in Luxembourg*

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)



Observatoire européen des  
drogues et des toxicomanies

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

## Table des matières

Préface	5
Remerciements	7
Remarques préliminaires	9
Commentaire: Partir de l’acquis, maintenir la dynamique et réagir aux changements: les défis de la politique antidrogue en Europe aujourd’hui	13
Chapitre 1: Politiques et législations	
Évolution des politiques internationales et européennes • Stratégies nationales • Dépenses publiques • Législation nationale • Recherche	21
Chapitre 2: La réponse au problème de la drogue en Europe – Vue d’ensemble	
Prévention • Traitement • Réinsertion sociale • Réduction des risques • Normes de qualité • Répression antidrogue et infractions liées à la drogue	31
Chapitre 3: Cannabis	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Effets néfastes sur la santé • Traitement	43
Chapitre 4: Amphétamines, ecstasy, substances hallucinogènes, GHB et kétamine	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Conséquences sur la santé • Prévention dans les espaces récréatifs • Traitement	55
Chapitre 5: Cocaïne et crack	
Offre et disponibilité • Prévalence et modes de consommation • Conséquences sur la santé • Usage problématique • Traitement et réduction des risques	67
Chapitre 6: Consommation d’opiacés et injection de drogue	
Offre et disponibilité • Usage problématique d’opiacés • Consommation de drogue par voie intraveineuse • Traitement	78
Chapitre 7: Maladies infectieuses et décès liés à la drogue	
Maladies infectieuses • Réponses apportées aux maladies infectieuses • Mortalité et décès • Réduction du nombre de décès	88
Chapitre 8: Nouvelles drogues et tendances émergentes	
Action de l’Union européenne sur les nouvelles drogues • Production et offre • Prévalence • Réponses	99
Références	107



## Préface

Cette publication constitue le 17<sup>e</sup> rapport annuel de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. Il est satisfaisant d'observer combien nous avons progressé dans la construction d'une bonne compréhension du phénomène de la drogue en Europe. Ce succès ne doit toutefois pas être porté au crédit du seul OEDT, car le mérite en revient également aux États membres de l'Union européenne (UE), conscients de longue date qu'il est de l'intérêt de tous de disposer d'un tableau complet du phénomène de la drogue sur notre continent. Et si nous sommes particulièrement fiers du travail accompli par nos collaborateurs, il faut reconnaître que ce rapport est en grande partie une œuvre collective qui n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien et le travail acharné de nos partenaires. Au premier rang de ceux-ci figurent les membres du réseau Reitox qui mettent à notre disposition les données nationales sur lesquelles reposent nos analyses. Nous sommes, en outre, redevables aux nombreuses autres agences et organismes européens et internationaux qui soutiennent notre travail.

Le rapport de cette année intervient à un moment à la fois important et difficile pour l'Europe. Nombre de pays sont confrontés à des problèmes économiques et financiers, et c'est sur cette toile de fond que notre rapport a été rédigé. Les mesures d'austérité adoptées génèrent de nombreux défis, et les responsables politiques actuels font face à des choix difficiles, alors que des priorités divergentes pèsent sur les finances publiques. Dans un tel contexte, il importe plus que jamais de procéder à des investissements judicieux, fondés sur une bonne compréhension de la nature du problème et sur l'identification exacte des mesures susceptibles de produire les meilleurs résultats. La mission de l'OEDT consiste précisément à proposer une telle analyse en collaboration avec des experts travaillant dans l'ensemble des pays européens. Grâce à ce rapport et aux ressources complémentaires qui l'accompagnent sur l'internet, le lecteur dispose d'une vue d'ensemble complète, solidement étayée sur le plan scientifique, du phénomène contemporain de la drogue en Europe, ainsi que d'exemples de bonnes pratiques innovantes.

L'analyse des problèmes liés à la drogue est réductrice lorsqu'elle ne se focalise que sur des aspects partiels de ce phénomène complexe, comme s'ils existaient isolément. Ce n'est pas l'approche que nous avons choisie.

À nos yeux, la force d'analyse de l'OEDT repose sur sa capacité à rassembler des informations disparates sur des thèmes qui s'étendent des marchés de la drogue aux mesures d'interdiction, de la consommation de drogue aux réponses visant à réduire la demande en passant par les initiatives politiques et législatives. Une telle approche nous permet de présenter une analyse globale, plus complète que si nous abordions chacun de ces aspects séparément. On ne saurait appréhender pleinement les questions liées à l'offre de drogue si l'on ne saisit pas les mécanismes qui sous-tendent la demande et vice-versa. Ainsi, pour comprendre les évolutions que nous observons actuellement sur le plan de la disponibilité de l'héroïne, il faut obligatoirement prendre en considération l'impact des mesures de répression sur certaines organisations criminelles d'envergure. Mais il ne faut pas omettre de tenir compte du fait que ces évolutions sont intervenues dans le contexte d'un net recul de la demande d'héroïne, dû à une hausse des investissements dans le domaine des traitements. Comme vous le constaterez en lisant le rapport de cette année, ces éléments sont d'une importance cruciale et ils doivent faire l'objet d'une analyse globale, qui seule permet de rendre compte pleinement des évolutions en matière d'héroïne en Europe.

Une telle vision d'ensemble est indispensable si nous voulons réagir efficacement face à la complexité et au dynamisme du phénomène de la drogue dans l'Europe d'aujourd'hui. Nous sommes confrontés à de nombreux défis, nouveaux pour certains, plus anciens pour d'autres. Certaines menaces découlent des progrès des technologies de l'information et de la communication, de la diffusion de nouvelles substances psychoactives ou encore de la disponibilité et de la consommation accrues des drogues de synthèse. D'autres défis résultent de problèmes plus anciens, sur lesquels les mesures mises en place sont restées sans effet, et qui portent préjudice tant aux individus qu'aux collectivités. L'OEDT est déterminé à fournir un ensemble de données et d'analyses propres à garantir que le débat sur les drogues en Europe repose sur une compréhension globale, objective et, surtout, utile de cette problématique complexe.

**João Goulão**

Président du conseil d'administration de l'OEDT

**Wolfgang Götz**

Directeur de l'OEDT





## Remerciements

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

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

### Points focaux nationaux Reitox

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

Les coordonnées des points focaux nationaux sont disponibles sur le site de l'OEDT.



## Remarques préliminaires

Ce rapport annuel se fonde sur les informations fournies à l'OEDT, sous la forme d'un rapport national, par les États membres de l'Union européenne, les pays candidats, la Croatie et la Turquie, ainsi que la Norvège. Les données statistiques rapportées ici portent sur l'année 2010 (ou sur la dernière année disponible). Les graphiques et tableaux figurant dans ce rapport peuvent ne refléter qu'un sous-ensemble de pays de l'Union. En effet, la sélection repose sur les pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période considérée ou vise à mettre en lumière certaines tendances.

L'analyse des tendances ne repose que sur les pays ayant fourni des données suffisantes pour rendre compte des modifications intervenues au cours de la période donnée. Les chiffres de 2009 peuvent être utilisés en remplacement des valeurs manquantes pour 2010 dans l'analyse des tendances du marché de la drogue. Pour les autres tendances, les données manquantes peuvent être interpolées.

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

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

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

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

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

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

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

Le bulletin statistique 2012 (en anglais) présente la série complète des tableaux sur lesquels s'appuie l'analyse statistique contenue dans le rapport annuel. Il fournit également d'autres détails sur la méthodologie suivie et sur une centaine de graphiques statistiques supplémentaires.

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

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

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

L'OEDT collecte des informations nationales sur les saisies de drogue, leur pureté et leur prix au détail en Europe. Les autres données sur l'offre de drogue proviennent des systèmes d'information et des analyses de l'ONUDC et sont complétées par des informations supplémentaires émanant d'Europol. Les informations sur les produits précurseurs sont obtenues auprès de la Commission européenne, qui collecte des données sur les saisies de ces substances dans l'UE, et de l'Organe international de contrôle des stupéfiants

(OICS), qui participe à des initiatives internationales visant à prévenir le détournement de précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication de drogues illicites.

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

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

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

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

La réalisation d'enquêtes étant onéreuse, peu de pays européens collectent des informations chaque année, bien qu'ils soient nombreux à le faire à des intervalles allant de deux à quatre ans. Dans le présent rapport, les données présentées sont fonction de l'enquête la plus récente disponible dans chaque pays; dans la plupart des cas, cette enquête a été réalisée entre 2006 et 2010. Pour le Royaume-Uni, les données sur la prévalence concernent l'Angleterre et le pays de Galles, sauf mention contraire, même si des données séparées pour l'Écosse et l'Irlande du Nord sont également disponibles.

Des trois périodes de consommation standard utilisées pour communiquer les données des enquêtes, la prévalence au cours de la vie (consommation de drogue à tout moment de la vie) est la plus courante. Cette mesure ne reflète pas la consommation actuelle de drogue parmi les adultes, mais elle est utile pour comprendre les habitudes de consommation et l'incidence. Pour les

adultes, les tranches d'âges standards utilisées par l'OEDT sont les 15-64 ans (tous les adultes) et les 15-34 ans (jeunes adultes). Les pays suivants utilisent des limites d'âge inférieures ou supérieures: Danemark (16 ans), Allemagne (18 ans), Hongrie (18 ans), Malte (18 ans), Suède (16 ans) et Royaume-Uni (16-59 ans). L'accent est placé sur la consommation au cours de la dernière année et du dernier mois (consommation au cours des 12 derniers mois ou des 30 derniers jours avant l'enquête) (pour de plus amples informations, voir le site de l'OEDT). Chez les élèves, la prévalence au cours de la vie et la prévalence au cours de la dernière année sont souvent similaires, car la consommation de drogues illicites avant 15 ans reste rare.

Le projet européen d'enquête en milieu scolaire sur l'alcool et les autres drogues (ESPAD) applique des méthodes et des instruments normalisés pour mesurer la consommation de drogue et d'alcool dans des échantillons représentatifs d'élèves ayant eu 16 ans au cours de l'année civile. En 2011, des données ont été collectées dans trente-six pays dont vingt-quatre États membres de l'UE, la Croatie et la Norvège; les résultats ont été publiés en 2012. Par ailleurs, l'Espagne et le Royaume-Uni mènent parmi les élèves des enquêtes nationales qui permettent d'obtenir des données sur la consommation de drogue comparables aux résultats des enquêtes ESPAD.

### **Demandes de traitement**

En Europe, les données relatives aux personnes entamant un traitement pour des problèmes de consommation de drogue sont introduites de façon anonyme dans l'indicateur de demandes de traitement de l'OEDT. Chaque patient qui entame un traitement répond à des questions sur sa consommation de drogue, les coordonnées de contact concernant le traitement et les caractéristiques sociales. La période d'étude pour les données annuelles d'admission en traitement va du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Les patients en cours de traitement au début de l'année considérée ne sont pas inclus dans les données. Lorsque la proportion de demandes de traitement pour une drogue primaire est fournie, le dénominateur utilisé est le nombre de cas pour lesquels la drogue primaire est connue.

### **Interventions**

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





## Commentaire

# Partir de l'acquis, maintenir la dynamique et réagir aux changements: les défis de la politique antidrogue en Europe aujourd'hui

### Renforcer la coordination et la coopération

L'un des principaux enseignements de la dernière analyse de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue en Europe est qu'il convient de rester vigilant vis-à-vis des problèmes liés aux drogues consommées de longue date tout en développant des réponses aux menaces et aux défis qui sont nouveaux. Sur le plan des dommages, de la morbidité et de la mortalité liés à la consommation de drogue, l'héroïne et la cocaïne continuent à jouer un rôle important en Europe. Dans ce domaine, il faut maintenir la dynamique d'élaboration puis de mise en œuvre de réponses issues de données probantes. Des progrès considérables, bien qu'inégaux, ont été réalisés à de nombreux égards, mais ils pourraient être remis en cause par l'émergence d'un contexte nouveau ou d'une incapacité à poursuivre l'intensification des réponses. L'analyse souligne également la nécessité de renforcer la capacité de l'Europe à identifier et à répondre aux défis que pose un marché de la drogue toujours plus complexe et dynamique.

Ces impératifs doivent être considérés à l'aune de la situation financière difficile que traversent de nombreux pays européens et qui entraîne une limitation des ressources susceptibles d'être affectées à la résolution de problèmes sanitaires et sociaux. Dans ces conditions, il est essentiel que les fonds disponibles soient investis dans des activités bien ciblées et dont l'efficacité est reconnue. Un tel objectif peut être atteint notamment par le renforcement de la coopération entre les États membres, afin de maximiser les bénéfices résultant des initiatives mises en œuvre grâce au partage des expériences, à la collaboration et à une meilleure coordination des actions. La stratégie antidrogue de l'UE et les plans d'action associés fournissent le cadre de cette coopération renforcée. La stratégie actuelle de l'UE (2005-2012) a fait l'objet d'une évaluation positive, et son rôle dans la facilitation des échanges d'informations a été mis en exergue.

Un nouveau cadre politique est actuellement à l'étude qui fera suite à la stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012). Il devrait continuer à mettre l'accent sur une approche

équilibrée et fondée sur des données probantes, incluant un ensemble complet de mesures visant à réduire à la fois l'offre et la demande de drogues. Le monitoring, la recherche et l'évaluation, ainsi que le respect des droits fondamentaux de l'homme, devraient également demeurer des éléments essentiels de l'approche européenne. Ce nouveau cadre devra également garantir la synergie entre les activités mises en œuvre dans le domaine de la drogue et celles menées dans des domaines plus vastes liés aux questions de sécurité et de santé publique, où la drogue n'est qu'un élément parmi d'autres, notamment dans le domaine de la prévention du virus d'immunodéficience humaine (VIH) et de la lutte contre le crime organisé. Il contribuera également à garantir que l'Europe s'exprime d'une même voix et de manière ferme dans les débats internationaux.

### Un tableau complexe: le marché du cannabis en Europe

Cette année, l'OEDT a publié une nouvelle analyse majeure du marché européen du cannabis. Cette étude révèle la réalité à la fois diverse et complexe de la drogue illicite la plus consommée en Europe. Un certain nombre de «produits» différents à base de cannabis sont désormais disponibles sur le marché européen, la principale distinction s'établissant entre la résine et l'herbe de cannabis. L'augmentation de la production de cannabis au sein de l'Union européenne a débouché sur le remplacement croissant de produits à base de résine de cannabis importée par des produits à base d'herbe cultivée localement. La production intra-européenne de cannabis varie toutefois considérablement. Elle peut s'effectuer dans de grandes plantations, où la plante fait l'objet d'une culture intensive à l'aide de techniques sophistiquées qui permettent d'optimiser les rendements et le taux de tétrahydrocannabinol (THC). À l'autre extrémité du spectre, on trouve des consommateurs qui cultivent leurs propres plants de cannabis, en quantité limitée, pour leur consommation personnelle.

Même si la plupart des infractions concernent toujours la consommation ou la détention pour usage personnel de cannabis, de nombreux pays rapportent que leur

politique consiste désormais à privilégier les mesures visant le trafic et l'offre. Dans ce contexte, ils précisent qu'une importance plus grande est accordée au repérage des sites de production intensive. Cependant, en dépit du nombre croissant de plants saisis et du développement de nouvelles méthodes de détection, l'Europe continue de saisir des quantités beaucoup plus importantes de résine que d'herbe de cannabis. Cela semble indiquer que la production intra-européenne d'herbe, notamment lorsqu'il s'agit d'une culture intensive en intérieur («*indoor*»), pose un défi plus important à l'efficacité des mesures répressives que la résine importée. La situation dans ce domaine suscite des préoccupations croissantes, à la fois du fait des dommages collatéraux que la présence de sites de production peut causer localement, et en raison d'indices relatifs à l'implication d'organisations criminelles dans cette production.

L'ampleur et la complexité du marché n'ont rien d'étonnant, car le cannabis est la substance illicite la plus consommée en Europe. Sans surprise, c'est également la substance qui divise le plus l'opinion publique et la classe politique. Toutefois, on note avec intérêt que, dans l'ensemble, les niveaux de consommation semblent relativement stables et que la consommation pourrait même décliner dans certains pays. En dépit des difficultés que pose leur évaluation, les problèmes liés au cannabis sont aussi désormais mieux compris et on sait à présent qu'ils sont liés à des consommations intensives et de longue durée. Des préoccupations se font d'ailleurs jour à cet égard. Le passage à l'herbe de cannabis, par exemple, pourrait exposer les consommateurs à des formes de la drogue aux effets plus puissants. En outre, des études montrent que l'âge de la première consommation est désormais assez bas chez un grand nombre de consommateurs. Environ 1 % des adultes européens consomment cette drogue chaque jour et, dans certains pays, il est assez fréquent de trouver des modes de consommation intensive, chez les jeunes hommes en particulier. D'une manière générale, l'optimisme que pourrait susciter la stabilisation des taux de prévalence doit être tempéré, car la consommation de cannabis demeure un problème de santé publique important, comme l'illustre le nombre de demandes de traitement liées à sa consommation.

### **Les jeunes Européens: un groupe désormais plus prudent**

Les dernières données recueillies dans le cadre du projet ESPAD fournissent un aperçu complet de l'évolution de la consommation de substances illicites par les jeunes âgés de 15 et 16 ans. Les résultats de 2011 semblent indiquer une baisse ou une stabilisation de la consommation pour l'ensemble des principales substances, ce qui

est encourageant. Sur les cinq volets de l'enquête, la consommation récente de cigarettes a connu une baisse constante entre 1999 et 2007 avant de se stabiliser en 2011. La consommation récente d'alcool chez ces jeunes a diminué progressivement partout en Europe depuis 2003, tandis que les dernières données indiquent que la hausse de la consommation ponctuelle immodérée d'alcool, observée de 1995 à 2007, devrait désormais avoir atteint son pic et commencé à diminuer. D'une manière générale, la consommation de drogues illicites chez les jeunes — il s'agit essentiellement de cannabis — a augmenté jusqu'en 2003, avant de retomber légèrement en 2007 et se stabiliser par la suite. Ces données peuvent aussi nous renseigner quant aux tendances à venir, dans la mesure où les modes de consommation observés chez ces jeunes influenceront leurs comportements à un âge plus avancé.

Il est intéressant d'observer que les pays qui enregistrent des taux de prévalence élevés pour une substance donnée tendent parallèlement à indiquer des taux relativement élevés pour d'autres substances, tant licites qu'illicites. Ainsi, des niveaux élevés de consommation récente d'alcool et de consommation ponctuelle immodérée d'alcool sont associés à la consommation de drogues et de produits à inhaler. Ce constat va dans le sens des approches préventives qui soulignent la nécessité de cibler à la fois les drogues et l'alcool chez les jeunes.

### **Les drogues et la famille: une question négligée, une ressource sous-utilisée**

Ce sont les individus qui consomment des drogues mais souvent leurs familles en subissent aussi des conséquences. Une nouvelle étude de l'OEDT est consacrée aux familles et à la problématique des consommateurs de drogue ayant une responsabilité parentale. L'analyse montre que si les personnes qui souffrent de problèmes liés à la consommation de drogue ne sont pas nécessairement de mauvais parents, elles peuvent néanmoins avoir besoin d'un soutien supplémentaire. Les services qui assurent le traitement doivent être sensibles aux besoins particuliers des consommateurs de drogue ayant une responsabilité parentale, dans la mesure où des craintes concernant la garde et la protection de l'enfant peuvent constituer un frein à la demande d'aide. Travailler avec des parents qui consomment des drogues est également un défi pour ces services, puisque cela suppose de trouver un équilibre entre les droits des parents et ceux des enfants. Le rapport conclut toutefois que de bonnes pratiques et des interventions correctement ciblées peuvent faire la différence. Un constat similaire peut être établi à la suite de l'analyse des interventions qui ciblent les



consommatrices de drogue enceintes, où il apparaît clairement que conseils et soutien appropriés peuvent avoir une incidence favorable sur l'issue de la grossesse, tant pour la mère que pour l'enfant.

De nombreuses études se sont penchées sur le stress et la détresse sociale qui peuvent être ressentis par les familles lorsqu'un de leurs membres souffre de problèmes liés à la consommation de drogue. Et pourtant, dans la plupart des pays européens, les services d'aide aux familles sont généralement peu développés. On néglige sans doute ainsi une ressource importante d'aide à la guérison. Les spécialistes de la prévention s'intéressent de plus en plus à l'environnement familial. En effet, nombreuses sont les analyses qui soulignent l'efficacité des stratégies de prévention élargies ciblant à la fois l'environnement et l'individu. À cet égard, la famille revêt une importance toute particulière, si bien que les stratégies de prévention ciblées visant à renforcer les liens familiaux peuvent diminuer le risque d'apparition de comportements problématiques comme la consommation de drogues. En dépit des résultats positifs qu'enregistrent les interventions dans ce domaine, elles demeurent

globalement peu développées. On est ici confronté à un problème plus général, qui est que les résultats des recherches en matière de prévention ne sont généralement pris en compte ni dans les politiques publiques ni dans les pratiques professionnelles.

### Détenus consommateurs de drogue: une population vulnérable

En dépit de l'intérêt croissant pour les «alternatives à la prison», nombre de personnes souffrant de problèmes liés à la consommation de drogue continuent d'être incarcérées chaque année. Ce constat est issu de travaux de recherche montrant que les problèmes de drogue sont bien plus répandus au sein de la population carcérale qu'au sein de la population générale. Même si certains détenus cessent de consommer durant leur incarcération, la disponibilité des drogues dans certaines prisons implique toutefois que d'autres se mettent à consommer ou adoptent des modes de consommation plus dangereux qu'auparavant. Par exemple, les consommateurs de drogue par voie intraveineuse sont susceptibles d'utiliser plus fréquemment le même matériel d'injection,

## Panorama chiffré de la consommation de drogue en Europe

Les chiffres qui figurent ci-après concernent les adultes (15 à 64 ans) et reflètent les dernières données disponibles (études menées entre 2004 et 2010/2011, mais essentiellement au cours de la période 2008-2010). Pour consulter l'ensemble des données et s'informer sur la méthodologie utilisée, veuillez vous reporter au bulletin statistique correspondant.

### Cannabis

Consommation au cours de la vie: environ 80,5 millions de personnes (23,7 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année: environ 23 millions d'adultes européens (6,8 %), soit un tiers des usagers au cours de la vie

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

Variation entre pays de la consommation au cours de l'année: taux de variation de 0,3 à 14,3 %

### Cocaïne

Consommation au cours de la vie: environ 15,5 millions de personnes (4,6 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année: environ 4 millions d'adultes européens (1,2 %), soit un quart des usagers au cours de la vie

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

Variation entre pays de la consommation au cours de l'année: taux de variation de 0,1 à 2,7 %

### Ecstasy

Consommation au cours de la vie: environ 11,5 millions de personnes (3,4 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année: environ 2 millions d'adultes européens (0,6 %), soit un sixième des usagers au cours de la vie

Variation entre pays de la consommation au cours de l'année: taux de variation de 0,1 à 1,6 %

### Amphétamines

Consommation au cours de la vie: environ 13 millions de personnes (3,8 % des adultes européens)

Consommation au cours de l'année dernière: environ 2 millions d'adultes européens (0,6 %), soit un sixième des usagers au cours de la vie

Variation entre pays de la consommation au cours de l'année: taux de variation de 0,0 à 1,1 %

### Opiacés

Consommateurs d'opiacés à problèmes: environ 1,4 million d'Européens

Les décès liés à la drogue représentent 4 % de l'ensemble des décès d'Européens âgés de 15 à 39 ans, la consommation d'opiacés étant impliquée dans trois quarts des cas.

Principale drogue consommée dans environ 50 % de toutes les demandes de traitement de problèmes liés à la drogue

En 2010, environ 710 000 consommateurs d'opiacés ont bénéficié d'un traitement de substitution.

augmentant ainsi le risque de transmission d'agents pathogènes à diffusion hématogène, tels que le VIH ou le virus de l'hépatite C.

La surpopulation, le manque d'hygiène et l'absence d'offre de soins de santé concernent de nombreuses prisons. Ces facteurs ont une incidence sur l'état de santé généralement médiocre observé au sein des populations carcérales. D'ailleurs, il se pourrait que les détenus souffrant de problèmes liés à la consommation de drogue soient doublement désavantagés puisqu'ils sont particulièrement susceptibles de connaître des problèmes physiques et mentaux lors de leur incarcération. Il est ainsi préoccupant de constater que le risque d'actes d'automutilation et de suicides est particulièrement élevé au sein de cette catégorie de détenus. De solides arguments permettent donc d'affirmer que, pour être fructueuses, les initiatives visant à améliorer les conditions de santé physique et mentale en milieu carcéral doivent comporter, de manière à la fois parallèle et intégrée, des programmes de traitements de la toxicomanie.

Lorsque les services appropriés existent, les périodes d'incarcération peuvent être l'occasion pour certains détenus de réduire leur consommation de drogue et d'entamer un traitement. Les possibilités dans ce domaine sont en hausse: nombre de pays ont en effet intensifié le nombre d'interventions dans les prisons, en particulier en ce qui concerne les traitements de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés. D'une manière générale, l'évolution de la disponibilité des traitements dans les prisons reflète celle observée au sein de la société, mais elle intervient avec un retard considérable. Même si l'offre de services de santé en milieu carcéral varie considérablement d'un pays à l'autre, il faut continuer à développer et à améliorer les services qui sont offerts. Il est en effet rare que les soins prodigués en milieu carcéral soient qualitativement et quantitativement comparables à ceux dont bénéficie le reste de la population.

La libération peut constituer un moment crucial d'intervention, dans la mesure où le risque d'overdose augmente sensiblement au cours de la période faisant suite à la libération; les anciens détenus peuvent en effet reprendre une consommation d'héroïne, alors que leur tolérance aux opiacés s'est réduite. Il est donc essentiel d'offrir un accompagnement dès avant la libération et de veiller à la continuité des soins après celle-ci. En effet, les chances de guérison augmentent lorsque les individus vulnérables restent en contact avec les services de traitement compétents. Cela s'avère une manière extrêmement efficace, notamment du point de vue des finances publiques, de sauver des vies.

### **Poudres blanches et comprimés: le grand mélange des stimulants**

Cocaïne, amphétamines, ecstasy et, désormais, cathinones synthétiques: autant de produits que le consommateur peut considérer comme concurrents et, dans une certaine mesure, interchangeables. Dans ce contexte, il est probable que la disponibilité des substances ainsi que leur prix et leur qualité suffisent à influencer les choix du consommateur et, partant, expliquent la volatilité observée sur le marché contemporain des stimulants. Des études récentes suggèrent même qu'il n'est pas rare que les consommateurs avouent avoir consommé des drogues stimulantes sous forme de poudre blanche ou de comprimés non identifiés.

En Europe, les estimations de prévalence de la consommation d'amphétamines et d'ecstasy sont globalement stables, même si des facteurs liés à l'offre semblent influencer la disponibilité de ces deux substances. Actuellement, le marché de l'ecstasy se remet d'une pénurie de 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA), au cours de laquelle un grand nombre de comprimés contenant d'autres substances ont été commercialisés. De la même façon, la méthamphétamine a récemment remplacé, en tout cas partiellement, l'amphétamine dans certaines régions d'Europe. Cette situation est inquiétante, dans la mesure où, historiquement, la consommation de méthamphétamine était en grande partie limitée à la République tchèque et à la Slovaquie. Les choses pourraient donc changer, et même si l'on dispose encore d'assez peu de données, il convient de rester très vigilant. En effet, il semble que cette drogue soit de plus en plus disponible et que sa production se soit intensifiée dans certains pays. Des décès par overdose ont été constatés en Allemagne, et la méthamphétamine est l'objet de mentions plus fréquentes dans les rapports d'autres pays. Autre sujet de préoccupation, l'OEDT a enregistré des cas isolés de méthamphétamine fumée et relevé la disponibilité de méthamphétamine cristalline, une forme très pure de cette substance. Jusqu'à présent, le phénomène de la méthamphétamine fumée est très rare en Europe, mais les données provenant d'Amérique du Nord, d'Asie ou d'Océanie suggèrent qu'il s'agit d'une association aux conséquences néfastes.

L'Union européenne réalise actuellement une évaluation des risques liés à la 4-méthylamphétamine dans le cadre du système d'alerte précoce de l'UE pour les nouvelles substances psychoactives. Cette évaluation a été mise en œuvre à la suite d'une série de décès liés à cette substance, qui s'est avérée être vendue comme de l'amphétamine ou mélangée à celle-ci. Il est probable que

cette variété d'amphétamine, actuellement non contrôlée dans la plupart des pays européens, ait été fabriquée dans des laboratoires clandestins par des producteurs en quête de nouvelles voies de synthèse pour la production d'amphétamine. De ce point de vue, cette affaire témoigne à la fois de l'innovation croissante dont fait preuve la production illicite de drogues de synthèse et des effets négatifs, sur le plan sanitaire, que ce phénomène peut entraîner.

### **Drogues de synthèse: la consommation se diversifie**

Les inquiétudes que suscitent les stimulants connus de longue date ainsi que l'apparition de nouvelles substances psychoactives non contrôlées ont fait couler beaucoup d'encre. Mais on sait moins que diverses autres substances synthétiques ont été durablement introduites sur le marché européen des drogues. Même si assez peu d'Européens consomment des drogues telles que le gamma-hydroxybutyrate (GHB), le gamma-butyrolactone (GBL), la kétamine et, plus récemment, la méphédronne, des taux de consommation élevés ont été observés au sein de groupes de population spécifiques. En outre, ces drogues semblent réunir les conditions d'une diffusion sur une plus grande échelle. On rapporte aujourd'hui l'apparition de problèmes de santé liés à toutes ces substances, y compris des cas de dépendance chez les consommateurs réguliers et des problèmes inattendus, tels que des troubles de la vessie chez les consommateurs de kétamine. Ces événements sont, pour la plupart, intervenus en dehors du champ de surveillance, et ils témoignent de la nécessité non seulement de faire évoluer les systèmes d'information sur les drogues en fonction des tendances émergentes et des nouveaux problèmes de santé, mais également de mieux comprendre les caractéristiques nécessaires à une initiative appropriée de réduction de la demande dans ce secteur.

### **Cocaïne: une drogue moins consommée au prestige déclinant?**

Même si la prévalence de l'usage de cocaïne n'est élevée qu'au sein de certains pays du nord et de l'ouest, à l'échelle européenne cette drogue demeure le stimulant illicite le plus consommé. Cela étant, après une décennie de popularité croissante, les dernières données suggèrent une inversion de la tendance. La manière dont cette drogue est perçue pourrait également être en train de changer, car certaines études indiquent que la cocaïne serait en train de perdre son image de drogue de prestige.

Plusieurs facteurs rivalisent d'importance. On a cité la qualité comme facteur possible, suggérant qu'une

qualité médiocre de cocaïne pourrait pousser certains consommateurs à passer à d'autres stimulants. Il est également possible que les consommateurs potentiels soient désormais mieux informés des conséquences néfastes de la consommation de cocaïne. Une étude récente de l'OEDT portant sur les conséquences sanitaires de la consommation de cocaïne concluait à une probable sous-estimation des problèmes dans les sources disponibles. Les données disponibles concernant les épisodes de consommation de cocaïne conduisant à une admission dans les services d'urgence des hôpitaux indiquent que ces admissions ont triplé depuis la fin des années 1990, mais atteint leur point culminant vers 2008. De même, les données disponibles sur les décès liés à l'usage de cocaïne indiquaient un pic en 2008. Cette tendance se retrouve également dans les données d'entrée en traitement, puisque le nombre d'individus entamant pour la première fois de leur vie un traitement en raison de problèmes liés à la cocaïne a augmenté jusqu'en 2008, avant de décroître. Les données touchant à l'offre offrent un tableau similaire. En effet, les saisies de cocaïne semblent désormais diminuer en Europe: le volume saisi a atteint un pic en 2006, tandis que le nombre de saisies a culminé en 2008.

### **Héroïne: un déclin manifeste**

Depuis les années 1970, la consommation d'héroïne, notamment par injection, a été la source d'une grande partie des problèmes liés à la drogue en Europe. Compte tenu des préjudices associés à la consommation de cette drogue — décès par overdose, dissémination du VIH et du virus de l'hépatite C auprès des consommateurs de drogue par voie intraveineuse, criminalité associée, etc. —, il n'est pas surprenant que la politique européenne en matière de drogue se soit essentiellement concentrée sur les problèmes posés par l'héroïne. Et si ces problèmes restent d'actualité, c'est désormais à une moindre échelle, alors que l'on constate l'impact de politiques efficaces et le déclin, sur le long terme, de la consommation de cette drogue, en particulier par voie intraveineuse. Il semble donc de plus en plus probable que nous évoluions vers une nouvelle ère où l'héroïne est appelée à jouer un rôle moins central dans le phénomène de la drogue en Europe.

Il convient toutefois de rester prudent dans la mesure où il est toujours difficile de prévoir les nouvelles tendances. En outre, en raison de la nature chronique et durable des problèmes liés à la consommation d'héroïne, nombre d'utilisateurs actuels continueront à avoir besoin d'aide dans les années à venir. Cela étant, les indicateurs pointent vers un déclin de la consommation globale et, c'est encore plus important, vers une baisse du recrutement de nouveaux

usagers. En effet, alors que le nombre de nouvelles demandes de traitement a diminué en Europe, l'âge moyen des personnes qui entrent en traitement pour des problèmes liés à l'héroïne a augmenté.

Les indicateurs de marché suggèrent que l'héroïne est devenue moins disponible en Europe ces dernières années, et, dans certains pays, cette drogue a été remplacée par d'autres substances, notamment des opiacés de synthèse tels que le fentanyl et la buprénorphine. Le marché de l'héroïne s'est effondré il y a bientôt dix ans dans certains pays du nord de l'Europe et n'a jamais complètement récupéré. Plus récemment, on notait les chocs à court terme qu'a subis le marché, résultats probables d'interventions policières. Les derniers chiffres européens portant sur la pureté, les saisies, les infractions liées à la drogue et les prix au détail sont eux aussi à la baisse. Il conviendra de suivre de près la situation sur le marché illicite afin de vérifier si les récentes pénuries d'héroïne mèneront à la disparition durable de cette drogue dans certains pays et d'identifier les substances qui la remplaceront. À cet égard, outre les opiacés synthétiques, la liste des alternatives possibles comprend la méthamphétamine, les cathinones et les benzodiazépines.

D'une manière générale, des facteurs jouant simultanément sur le plan de la demande et sur celui de l'offre pourraient expliquer les évolutions de la consommation d'héroïne. Ainsi les succès enregistrés en matière policière doivent être analysés en regard de l'augmentation considérable de l'offre de traitements, notamment de traitements de substitution, dont l'effet a été d'éliminer une part significative de la demande. La question des rapports existant entre la production d'opium en Afghanistan et les modes de consommation de l'héroïne constatés en Europe reste ouverte, les données ne faisant apparaître aucun lien évident. Même s'il est légitime de craindre qu'une production accrue puisse déboucher sur une nouvelle vague de consommation d'héroïne dans les États membres de l'UE, les données historiques ne permettent pas d'affirmer qu'il y ait là quoi que ce soit d'inexorable. À l'inverse, il est fort possible que l'Union européenne représente désormais, à certains égards du moins, un marché plus difficile d'accès pour l'héroïne.

### **L'injection: malgré le déclin, elle demeure un sérieux défi de santé publique**

Les indicateurs de l'évolution des modes de consommation par injection suggèrent désormais que ce comportement particulièrement préjudiciable accuse, lui aussi, une baisse. Les niveaux d'injection rapportés chez les

nouveaux consommateurs entamant un traitement constituent en la matière les meilleures sources de données, et la tendance à la baisse y est évidente. Ce phénomène est particulièrement visible en Europe occidentale mais s'observe également dans certains pays d'Europe de l'Est. D'une manière générale, à l'heure actuelle, à peine plus d'un tiers (36 %) des personnes entamant un traitement pour problèmes liés à l'héroïne indiquent la voie intraveineuse comme principal mode d'administration. Mais d'autres drogues peuvent aussi être injectées: environ un quart des entrants en traitement pour dépendance aux amphétamines déclare s'injecter la drogue. Chez les consommateurs de cocaïne, la proportion ne s'élève qu'à 3 %. L'abandon de la voie intraveineuse constitue sans conteste une excellente nouvelle. Cela étant, les injections intraveineuses de stupéfiants demeurent une cause majeure de problèmes de santé évitables et de décès parmi les jeunes Européens. L'injection augmente en effet les risques d'overdose et d'infections graves. Les récentes percées du VIH en Grèce et en Roumanie nous rappellent qu'en dépit des succès qu'enregistre l'Europe dans la lutte contre la transmission du sida chez les consommateurs de drogue, le VIH conserve un potentiel de transmission rapide au sein de populations spécifiques. Cela démontre également la nécessité de doter les populations à risque d'une couverture adéquate en matière de prévention du VIH et de réduction des risques sanitaires. Les infections bactériennes constituent une autre conséquence potentiellement grave de la consommation par injection, car elles sont susceptibles d'entraîner le décès. En juin et juillet 2012, des cas d'anthrax ont été signalés dans cinq pays de l'Union, et il n'est pas exclu qu'ils soient liés à un lot d'héroïne contaminée. Cette flambée de la maladie a incité l'OEDT et l'ECDC à mener conjointement une évaluation rapide des risques.

### **Une nouvelle perspective sur les nouvelles drogues**

L'internet a réduit les contraintes liées au temps et à l'espace, permettant la diffusion rapide, par-delà les frontières, de nouveaux modes de consommation et de nouvelles tendances en matière de drogue. Ce constat s'est vu amplement confirmé lors du deuxième forum international sur les nouvelles substances psychoactives, organisé cette année par l'OEDT et l'Institut national américain sur l'abus des drogues (US National Institute on Drug Abuse, NIDA). Des produits connus sous le nom de «legal highs» (littéralement, «défonce légale») sont désormais commercialisés aux États-Unis, au Japon, dans certaines régions d'Asie du Sud-Est et dans certains pays européens. Afin de réagir à l'émergence de nouvelles

substances psychoactives, l'Union européenne s'est dotée de l'un des mécanismes d'alerte précoce et d'évaluation des risques les plus sophistiqués au monde. Ce mécanisme est actuellement soumis à évaluation, et un nouveau cadre juridique devrait entrer en vigueur prochainement. On sait qu'en matière d'alerte précoce les réponses sont d'autant plus efficaces qu'elles font l'objet d'une coordination entre pays et apportent la valeur ajoutée que doit offrir un mécanisme fonctionnant à l'échelon européen. En 2012, le système d'alerte précoce enregistre de nouvelles substances psychoactives au rythme d'environ une par semaine. Les agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes et les cathinones restent les plus nombreuses, mais l'on enregistre également de plus en plus de substances issues de groupes chimiques plus obscurs. La plupart des nouvelles substances détectées jusqu'ici tendent à imiter les effets du cannabis et des stimulants tels que l'ecstasy et la cocaïne, et leur conditionnement suggère que leur principale cible est le marché des drogues récréatives. Certains pays ont néanmoins signalé que certains consommateurs problématiques passent à l'injection de cathinones telles que la méphédrone et le MDPV.

### **«Sels de bain» et «engrais pour plantes»: le défi des produits complexes et toujours différents**

L'une des tâches importantes du système d'alerte précoce de l'UE est d'assurer le partage d'informations médico-légales et toxicologiques entre les pays. L'identification des composés psychoactifs présents dans les produits peut être ardue puisqu'il s'agit parfois de mélanges d'obscurs composés chimiques. Le nombre de produits contenant de multiples substances psychoactives semble augmenter, et il est avéré que certains des échantillons analysés contiennent à la fois des substances contrôlées et d'autres qui ne le sont pas. L'expression communément utilisée de «legal highs» est donc souvent impropre, et il est vraisemblable que l'immense majorité des usagers sont dans l'ignorance totale de ce qu'ils consomment et des conséquences sanitaires et juridiques potentielles de leur consommation. La confusion est également la règle au niveau international, où l'absence d'une terminologie et d'informations médico-légales claires entrave le débat. Aux États-Unis, par exemple, l'expression générique «sels de bains» recouvre une série de produits contenant les mêmes nouvelles substances psychoactives souvent vendues sous la dénomination d'«engrais pour plantes» dans l'Union européenne.

Les nouvelles substances psychoactives compliquent également les enquêtes sur l'usage de drogue dans la mesure où nombre de consommateurs ne savent pas réellement ce qu'ils ont pris. Les rares études disponibles dépeignent un tableau remarquablement hétérogène d'un pays à l'autre, avec des taux de consommation relativement faibles, mais non négligeables. Elles suggèrent également que la consommation de ces substances peut faire l'objet de hausses et de baisses rapides au sein de populations spécifiques. La disponibilité semble constituer un facteur important à cet égard. En Pologne, l'ouverture d'un grand nombre de points de vente au détail s'est accompagnée d'une augmentation tant des consommations déclarées que des admissions dans les services d'urgence des hôpitaux à la suite de la consommation de nouvelles substances psychoactives. Or les deux tendances se sont inversées après l'adoption de mesures limitant la disponibilité de ces substances. En Allemagne, certaines données suggèrent que la consommation de «spice» — dont l'analyse révèle qu'il contient souvent des agonistes synthétiques des récepteurs cannabinoïdes — a diminué mais n'a pas totalement disparu après l'adoption de mesures d'interdiction d'urgence. De la même manière, en dépit de l'introduction de mesures de contrôle au sein de l'UE, la méphédrone serait toujours disponible sur le marché illicite dans certains pays.

À ce jour, le débat politique concernant les nouvelles drogues s'est essentiellement consacré à l'élaboration de mesures de contrôle, et les pays recourent à un cocktail mélangeant réglementations commerciales, lois existantes sur le contrôle des drogues et nouvelles lois spécialement édictées. Néanmoins, l'étude élargie du champ des nouvelles drogues suscite un intérêt croissant. On s'y attache notamment à comprendre les impacts sanitaires et sociaux que pourraient avoir ces substances et à mettre au point des stratégies adaptées de réduction de la demande. L'OEDT a reçu des signalements d'urgences médicales aiguës et de décès associés à la consommation des nouvelles substances psychoactives. Actuellement, les données sont difficiles à interpréter, et l'amélioration de notre capacité de surveillance et d'analyse dans ce domaine est une priorité importante. Les États membres de l'UE commencent également à signaler la mise en œuvre de réponses spécifiques à ces produits. Au rang des nouvelles approches à l'étude, on note des programmes novateurs de prévention en ligne et la diffusion de messages préventifs ciblés dans le système scolaire.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



# Chapitre 1

## Politiques et législations

### Introduction

Ce chapitre se penche sur les évolutions politiques apparues récemment dans l'Union européenne et examine la mesure dans laquelle les États membres ont intégré leurs stratégies de lutte contre les drogues licites et illicites et établi des liens entre les stratégies antidrogue et les stratégies en matière de sécurité. Il présente également une série de stratégies nationales et transnationales adoptées par certains pays tiers en soulignant leurs similitudes ou différences par rapport à l'approche européenne de la drogue.

Ce chapitre examine dans quelle mesure les stratégies nationales antidrogue sont liées aux budgets et rend compte des données sur les tendances les plus récentes tirées d'études sur les dépenses publiques liées à la drogue. Il présente aussi une nouvelle analyse de la façon dont les États membres configurent leur législation nationale pour relever le défi de plus en plus pressant posé par les nouvelles drogues. Ce chapitre se conclut par une mise à jour sur les évolutions européennes dans le domaine de la recherche en matière de drogue.

### Évolution des politiques internationales et européennes

#### Vers une nouvelle stratégie européenne antidrogue

La stratégie antidrogue suivie actuellement (2005-2012) dans l'UE est la première à avoir été soumise à une évaluation externe. Les évaluateurs ont constaté que cette stratégie avait apporté une valeur ajoutée aux efforts des États membres en matière de lutte contre la drogue et que sa promotion des interventions fondées sur des données probantes avait été saluée par les protagonistes de cette lutte (Rand Europe, 2012). Leur rapport a mis en évidence les domaines de l'information, de la recherche et de l'évaluation, où l'approche et les infrastructures de l'UE soutiennent activement les transferts de connaissances au sein de l'Europe. Pour la prochaine stratégie, en cours

d'élaboration en 2012, les évaluateurs ont recommandé de maintenir une approche équilibrée basée sur l'adoption d'approches politiques intégrées pour les substances licites et illicites, y compris les nouvelles substances psychoactives, sur la consolidation des données relatives à la réduction de l'offre de drogue et sur la clarification des rôles des organes de coordination de l'UE.

Compte tenu de l'intérêt politique actuel pour la problématique et de sa dimension européenne claire, les réponses aux nouvelles substances psychoactives formeront un aspect important de la prochaine stratégie. Celle-ci sera alimentée par une série d'initiatives lancées en 2011, entre autres: un pacte européen pour la lutte contre les drogues de synthèse <sup>(1)</sup>, un plan d'action opérationnel sur les drogues de synthèse et les nouvelles substances psychoactives <sup>(2)</sup>, ces deux instruments ayant été adoptés par le Conseil de l'Union européenne, et une communication intitulée «Vers une approche plus ferme de l'UE en matière de lutte contre la drogue», adoptée par la Commission européenne et annonçant une série de mesures pour lutter contre les drogues illicites <sup>(3)</sup>. Ces mesures comprennent une nouvelle législation européenne conçue pour réagir plus rapidement et plus efficacement à l'apparition des nouvelles substances psychoactives dangereuses (les «euphorisants légaux», voir le chapitre 8). D'autres adaptations législatives sont prévues dans les domaines du trafic de drogue, du contrôle des précurseurs, du blanchiment d'argent et du recouvrement des avoirs d'origine criminelle. Enfin, une proposition est en préparation concernant l'établissement de normes qualitatives minimales en matière de prévention, de traitement et de réduction des risques.

#### Politiques antidrogue dans les Balkans occidentaux

Selon l'évaluation de la stratégie antidrogue de l'UE, la coopération internationale est un outil politique utile et influent, en particulier avec les pays candidats et ceux en phase de préadhésion. Avant les élargissements les plus récents de l'Union européenne en 2004 et 2007, les futurs États membres de l'UE avaient reçu une assistance pour

<sup>(1)</sup> Accessible en ligne.

<sup>(2)</sup> Voir l'encadré intitulé «COSI: le comité permanent sur la coopération opérationnelle en matière de sécurité intérieure» (chapitre 2).

<sup>(3)</sup> COM(2011) 689/2.

**Tableau 1 – Documents de politique antidrogue récents des pays candidats et candidats potentiels des Balkans occidentaux**

Pays	Intitulé du document	Durée	Champ d'application	Note
<b>Albanie</b>	Stratégie nationale contre les drogues	2004-2010	Drogues illicites	Pays candidat potentiel
<b>Bosnie-Herzégovine</b>	Stratégie nationale sur la surveillance des stupéfiants, la prévention et la suppression de l'abus de stupéfiants	2009-2013	Drogues illicites	Pays candidat potentiel
<b>Ancienne République yougoslave de Macédoine</b>	Stratégie antidrogue nationale	2006-2012	Drogues illicites	Pays candidat
<b>Kosovo</b> (¹)	Stratégie et plan d'action antidrogue nationaux	2009-2012	Drogues illicites	Pays candidat potentiel
<b>Monténégro</b>	Réponse stratégique nationale aux drogues	2008-2012	Drogues illicites	Pays candidat
<b>Serbie</b>	Stratégie nationale pour la lutte contre les drogues	2009-2013	Drogues illicites	Pays candidat

(¹) Cette désignation est utilisée sans préjudice des positions sur le statut du pays et est conforme à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations unies et à l'avis de la Cour internationale de justice sur la déclaration d'indépendance du Kosovo.

élaborer des politiques antidrogue semblables à celles mises en place dans le cadre de l'approche équilibrée et fondée sur des éléments probants suivie par l'Union européenne.

Un processus similaire est en cours dans les Balkans occidentaux, où trois pays candidats et trois pays candidats potentiels ont tous adopté récemment des stratégies et plans d'action complets et équilibrés (voir le tableau 1). Les pays de cette région ont en commun un grand nombre de difficultés, notamment leur situation le long d'une des routes traditionnelles du trafic de drogue en Europe, avec tous les problèmes liés à l'héroïne et aux autres drogues qui en découlent (4). Ces documents de politique nationaux traitent de la demande de drogue et de la réduction de l'offre de drogue et, dans certains cas, adoptent des objectifs stratégiques, des finalités et des structures qui reflètent celles des documents de la politique antidrogue européenne en incorporant des systèmes de suivi et d'évaluation, ainsi que des mécanismes de coordination. Souvent détaillés, ces plans d'action indiquent un calendrier, les parties responsables, les indicateurs de mise en œuvre et des estimations des coûts pour chaque action.

### Stratégies antidrogue nationales

Pour la prochaine stratégie antidrogue de l'UE, une recommandation serait d'évoluer vers une approche plus intégrée pour les drogues tant licites qu'illicites, qui pourrait éventuellement couvrir aussi les dépendances comportementales. Un autre point à envisager serait d'améliorer la liaison entre la politique antidrogue et les politiques de sécurité plus générales, par exemple celles qui luttent contre la criminalité organisée. Concernant ces deux points, nous explorerons ci-après la situation actuelle

### Stratégies antidrogue transnationales

La prochaine stratégie antidrogue de l'UE sera la neuvième stratégie ou le neuvième plan d'action antidrogue adopté par l'Union européenne depuis 1990. Pendant toute cette période, des organisations transnationales d'autres parties du monde ont elles aussi élaboré des documents similaires.

En Afrique, un plan d'action sur la lutte contre la drogue et la prévention du crime (2007-2012) a été développé par l'Union africaine, tandis que les quinze États membres de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (Cedeao) se sont mis d'accord sur une déclaration politique et un «plan d'action régional pour combattre le trafic illicite de drogues, le crime organisé et l'abus de drogues» (2008-2011). En Asie, l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE), qui compte dix pays, a adopté son «plan de travail sur la lutte contre la production, le trafic et la consommation illicites de drogues» (2009-2015). Par ailleurs, en 2010, l'Organisation des États américains (OEA) a adopté une «stratégie antidrogue interaméricaine» couvrant les 35 États des Amériques.

Alors que la stratégie de l'OEA est celle qui s'apparente le plus à l'approche de l'UE, les plans des autres organisations transnationales sont concentrés sur la réduction de l'offre et la répression. Le plan de travail de l'ANASE, par exemple, vise à éradiquer la production, la transformation, le trafic illicite et l'abus de drogues en vue de faire de l'ANASE une région sans drogue d'ici à 2015. L'objectif général du plan de l'Union africaine est de renforcer la répression pour lutter contre la drogue, six de ses sept domaines prioritaires clés étant centrés sur le contrôle de la drogue et la prévention de la criminalité. Quant à la stratégie de la Cedeao, bien qu'intégrant une approche plus équilibrée, elle met beaucoup l'accent sur les problèmes de sécurité liés au trafic de drogue.

(4) Voir les aperçus par pays sur le site de l'OECD.



dans les États membres de l'UE, en Croatie, en Turquie et en Norvège.

### Intégration des drogues licites et illicites

L'adoption de stratégies et de plans d'action antidrogue nationaux est une pierre angulaire de la politique antidrogue de l'UE et un outil bien établi que les pays européens utilisent pour exposer les objectifs de leurs politiques antidrogue. Des différences sont observées dans la mesure avec laquelle divers pays évoluent vers des documents de politique couvrant à la fois les drogues licites et illicites (voir le graphique 1).

Cinq pays ont adopté des stratégies ou plans d'action caractérisés par un champ d'action «global» couvrant les drogues licites et illicites et, dans certains cas, les comportements de dépendance. Cette approche large se ressent dans les intitulés des documents de politique: en Belgique, une «politique globale et intégrée en matière de drogues»; en France, un «plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies»; en Allemagne, une «stratégie nationale pour la politique en matière de drogues et de dépendances»; en Suède, une «stratégie cohérente pour la politique en matière d'alcool, de stupéfiants, de dopage et de tabac»; en Norvège, un «plan d'action pour le domaine des drogues

**Graphique 1** — Champ d'application des stratégies antidrogue nationales



**NB:** Les stratégies globales couvrent les drogues licites et illicites et, dans certains cas, les comportements de dépendance. Certaines stratégies contre les drogues illicites comprennent un volet consacré aux drogues licites. Alors que le Royaume-Uni mène des stratégies distinctes pour les drogues illicites et licites, l'Angleterre et l'Écosse ont des stratégies distinctes pour les drogues illicites, l'alcool et le tabac, et le pays de Galles et l'Irlande du Nord mènent des stratégies antidrogue globales qui couvrent l'alcool, ainsi que des stratégies distinctes pour le tabac.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

et de l'alcool». À l'exception de la Norvège, qui suit des stratégies séparées pour le tabac et les jeux, ces pays n'ont pas de stratégies nationales distinctes pour les autres drogues licites ou les comportements de dépendance.

Dix pays ont adopté des stratégies ou plans d'action distincts pour les drogues illicites et licites. Les différences entre pays résident dans les drogues licites faisant l'objet de documents de politique et dans le fait que ces documents traitent de substances individuelles ou non. Les Pays-Bas et la Slovaquie appliquent des stratégies distinctes à l'alcool et au tabac, tandis que la Lituanie suit une stratégie conjointe pour ces deux substances. Dans les sept autres pays, les stratégies en matière de drogues licites ne portent que sur l'alcool ou le tabac; l'Irlande et le Portugal envisagent tous deux d'intégrer leurs stratégies en matière de drogues illicites et d'alcool.

Quatorze pays ont seulement une stratégie ou un plan d'action en matière de drogue, avec une focalisation sur les drogues illicites. Toutefois, les mesures visant les drogues licites sont parfois incluses dans ces documents, dans une plus ou moins grande mesure. Dans certains de ces pays, l'Espagne par exemple, on observe une forte tendance à inclure des mesures visant spécifiquement la consommation d'alcool ou de tabac, le cas échéant. D'autres pays font des références occasionnelles aux drogues licites ou aux médicaments (Bulgarie et Malte) ou préconisent une meilleure intégration des problèmes de drogue et d'alcool à l'avenir (Grèce et Luxembourg). Seul un pays, l'Estonie, suit une stratégie consacrée exclusivement aux drogues illicites.

La tendance à adopter une approche intégrée de la consommation de substances se retrouve surtout parmi les pays qui faisaient partie de l'UE avant 2004. Ce sont ces pays qui ont adopté une stratégie globale, sont occupés à intégrer leurs stratégies en matière de drogues illicites et d'alcool ou ont inclus de nombreux objectifs relatifs aux drogues licites dans leur stratégie en matière de drogues illicites. En Europe centrale et orientale, il est surtout question de stratégies distinctes ou de stratégies concernant uniquement les drogues illicites; les drogues licites sont peu évoquées.

Malgré cette tendance à l'intégration des substances licites et illicites dans les documents de politique, les structures nationales qui peuvent en faciliter la coordination et les aspects budgétaires n'ont pas été nécessairement modifiées de façon complémentaire.

### Stratégies antidrogue et problèmes de sécurité

La réduction de l'offre est un aspect essentiel des politiques antidrogue en Europe. Dans ce domaine, la

planification et la coordination des activités sont associées non seulement à la stratégie antidrogue mais également aux développements politiques plus larges en matière de sécurité. Au niveau de l'UE, par exemple, les formes graves de criminalité organisée et leur implication dans le trafic de drogue constituent l'une des menaces visées par la stratégie de sécurité intérieure de l'Union européenne (Conseil européen, 2010).

Au niveau national, quinze pays ont déclaré avoir au moins un document de politique, en plus de leur stratégie antidrogue, qui définit des activités dans le domaine de la réduction de l'offre de drogue. Parmi ces pays, deux ont mentionné une stratégie en matière de sécurité, onze une stratégie de lutte contre la criminalité ou la criminalité organisée, et deux ont mentionné les deux types de stratégies. Dans quatorze autres pays, la stratégie antidrogue nationale a été évoquée comme étant le seul document définissant des activités de réduction de l'offre de drogue. Quant à l'Autriche, elle n'a pas adopté de document national dans ce domaine.

Dans la plupart des pays où la réduction de l'offre est intégrée à la stratégie antidrogue et à une autre stratégie, les experts en matière de drogue font savoir que la stratégie antidrogue nationale est le document le plus important dans ce domaine. Deux pays (Pays-Bas et Royaume-Uni) déclarent que les deux documents sont d'importance égale, tandis que le «plan national de sécurité» de la Belgique et le «programme national pour la prévention et la suppression de la criminalité» de la Slovénie sont considérés comme plus importants que la stratégie antidrogue pour définir les activités de réduction de l'offre.

Au cours des deux dernières décennies, les drogues ont constitué une priorité politique très visible, en grande partie à cause de l'augmentation de la consommation de drogue et des problèmes qui y sont liés. Une situation plus stable en matière de drogue et de nouvelles priorités politiques à l'échelon national (déficit public, chômage) semble à présent contribuer à l'intégration croissante des politiques antidrogue dans les politiques plus larges. En pratique, cela pourrait signifier que la politique de réduction de la demande de drogue se rapproche de plus en plus des politiques en matière de santé et de dépendances comportementales, et que la politique de réduction de l'offre de drogue se rapproche des stratégies de sécurité ciblant la criminalité organisée. Par conséquent, on peut se demander si les actuelles stratégies complètes et équilibrées de lutte contre la drogue auront une place dans l'avenir.

## Conseils en matière de politique antidrogue

Les gouvernements demandent des conseils en matière de politique antidrogue pour diverses raisons, par exemple lorsqu'ils élaborent de nouvelles stratégies antidrogue, envisagent des modifications législatives ou évaluent des décisions politiques antérieures.

Sur trente pays, vingt-huit font état de l'existence d'une structure ayant un rôle consultatif officiel en matière de politique antidrogue: dans certains cas, cette structure est instituée par la loi, dans d'autres, elle n'est pas d'origine législative. La moitié des pays disposent d'organes consultatifs spécifiques; dans les autres, les structures existantes, pour l'essentiel des organes de coordination nationaux en matière de drogue, ont un rôle consultatif. Le nombre de membres des structures consultatives varie de huit à plus de trente, principalement des décideurs politiques, des fonctionnaires, des chercheurs, des travailleurs des services aux toxicomanes et des représentants de la société civile. La présidence de ces structures peut être assurée par un décideur politique (Suède), un universitaire (Belgique) ou un haut fonctionnaire (Estonie). Les tâches confiées à la présidence peuvent comprendre l'inscription de substances au titre des lois sur la drogue, le lancement et le financement de recherches et l'offre de conseils aux décideurs politiques.

En Europe, les structures consultatives sont, par exemple, le Comité consultatif national sur les drogues en Irlande, qui compte seize membres et est présidé par un universitaire. Au Royaume-Uni, le Conseil facultatif sur l'abus de drogue, composé de vingt-quatre membres, inscrit les substances et conseille le gouvernement. En Allemagne, le Conseil des drogues et des toxicomanes, doté de vingt-sept membres, est présidé par le commissaire fédéral aux drogues et soutient la mise en œuvre et l'élaboration de la stratégie nationale antidrogue et la coopération entre le niveau national et le niveau local. En République tchèque, le travail d'inscription et de consultation est mené par cinq comités et plusieurs groupes de travail qui sont liés au Conseil gouvernemental pour la coordination de la politique antidrogue.

Bien que les organes consultatifs s'avèrent des structures politiques standards en Europe, ils diffèrent par la forme, les fonctions, ainsi que par le nombre et la nature de leurs membres. Ils constituent en général un forum où le gouvernement et les autres secteurs peuvent communiquer, agir en coordination et étudier des informations à pertinence politique.

## Dépenses publiques

Les stratégies et plans d'action nationaux antidrogue contiennent des mesures de réduction des problèmes liés à la drogue, dont la mise en œuvre est financée essentiellement par le gouvernement. Les comptes rendus pour l'utilisation de ces fonds publics peuvent constituer un outil important pour le processus d'évaluation politique.

Cette section tâche de déterminer si des budgets spécifiques sont associés à des documents de politique antidrogue et si des informations sur les dépenses concrètes sont mises à disposition. Toutefois, étant donné que les fonds sont alloués à différents niveaux de gouvernement et que les pratiques comptables budgétaires varient en Europe, seul un aperçu préliminaire des pratiques nationales dans ce domaine a pu être réalisé.

Les dépenses publiques relatives au problème de la drogue peuvent être affectées par les programmes d'austérité, tels que ceux mis en œuvre par certains pays à la suite de la récente récession économique mondiale. Un premier passage en revue des données relatives aux tendances pour les dépenses publiques relatives à la drogue examine cette évolution.

### Stratégies et budgets de la lutte contre la drogue

Sur les vingt-neuf pays européens suivant des stratégies ou des plans d'action antidrogue nationaux, sept déclarent que leur document de politique antidrogue actuel comporte soit un budget global, soit un budget sectoriel. À Chypre, un budget annuel est annexé à la stratégie antidrogue 2009-2012, et les dépenses annuelles dans ce domaine sont également publiées. En Estonie, un budget est prévu pour les stratégies antidrogue nationales, et les dépenses annuelles en la matière font l'objet d'une estimation. En République tchèque, le plan d'action 2010-2012 a été, pour la première fois, accompagné d'un budget indicatif. En Grèce, le plan d'action 2011-2012 s'accompagne d'un budget correspondant. Un budget est également fourni pour le plan national 2008-2011 (prolongé jusque 2012) de la France, mais son exécution ne fait pas l'objet d'une évaluation publique. La stratégie antidrogue du Royaume-Uni ne va pas de pair avec un budget central. Par contre, en Irlande du Nord, en Écosse et au pays de Galles, des budgets sont associés aux stratégies, et des estimations des dépenses sont publiées. En Angleterre, malgré l'absence d'un budget spécifique, les comptes de dépenses sont régulièrement publiés. Dans certains cas, des budgets spécifiques couvrent une partie seulement de la stratégie antidrogue. Ainsi, en Roumanie, un budget a été alloué aux mesures de santé et d'aide sociale du plan d'action antidrogue 2009-2012.

Trois pays ont déclaré ne plus disposer d'un budget lié à leur stratégie antidrogue. L'Irlande, le Portugal et la Slovaquie avaient prévu des budgets et des estimations des dépenses annuelles pour leurs précédents plans d'action mais ce n'est plus le cas actuellement. Toutefois, le Portugal et la Slovaquie ont mis en place des commissions interministérielles pour faire progresser cette question.

Dans huit pays, un budget couvrant en totalité ou en partie la stratégie ou le plan d'action antidrogue national est arrêté chaque année dans le cadre du budget général national. Au Luxembourg, le plan d'action pluriannuel est soutenu par un budget annuel pour le domaine de la drogue, et des estimations exhaustives des dépenses sont également fournies. En Croatie, le budget annuel en matière de drogue est étroitement lié au plan d'action. En Bulgarie, au Danemark, en Hongrie, en Finlande, en Suède et en Norvège, le gouvernement adopte un budget annuel pour financer les initiatives de lutte contre la drogue.

Onze pays n'ont pas, récemment, lié leurs budgets de lutte antidrogue à des documents de politique nationaux. Dans ce cas, le financement requis pour la stratégie ou le plan d'action antidrogue provient directement des agences chargées de sa mise en œuvre.

En Europe, les pratiques varient beaucoup, et seuls quelques pays ont adopté une approche claire et transparente pour l'allocation et la révision budgétaires dans le domaine de la drogue. Bien que cette situation puisse s'expliquer par des difficultés techniques, il n'empêche qu'elle contribue aux problèmes rencontrés pour estimer les dépenses publiques liées à la drogue en Europe et à l'élaboration de l'évaluation économique de la politique antidrogue.

### Tendances en matière de dépenses publiques liées à la drogue

À l'heure actuelle, il est crucial de déterminer l'impact de la crise économique récente et des mesures d'austérité qui en ont résulté sur la politique antidrogue et les budgets relatifs à la drogue. Ce thème est examiné au moyen des estimations récentes des dépenses publiques liées à la drogue dans les pays européens. La prudence est toutefois de mise, car la quantité et la qualité des informations disponibles varient sensiblement selon les pays: les études couvrent différentes années, appliquent des méthodologies diverses et leurs estimations ne portent pas toujours sur la même proportion des budgets.

Certains des fonds qu'un gouvernement prévoit de consacrer aux activités liées à la drogue sont identifiés comme tels dans le budget national (dépenses explicitement imputables aux drogues). Toutefois, il est fréquent que l'essentiel des dépenses liées à la drogue ne soit pas identifié comme tel (dépenses non explicitement imputables aux drogues) et qu'elles doivent dès lors être estimées en adoptant une approche de modélisation des coûts. Le budget total est la somme des dépenses

explicitement et non explicitement imputables aux drogues.

Ces dernières années, on a observé des réductions des dépenses publiques liées à la drogue dans six pays. Au Royaume-Uni, une réduction de 5 % des dépenses publiques explicitement imputables aux drogues, opérée en 2010/2011 en Angleterre <sup>(5)</sup> par rapport à l'année précédente, n'a pas été compensée par les légères augmentations des dépenses explicitement imputables aux drogues accordées en Irlande du Nord, en Écosse et au pays de Galles. En 2010, les dépenses explicitement imputables aux drogues en Estonie ont diminué de 3 % comparativement à 2009, mais de 54 % par rapport à 2008; en Irlande, les dépenses explicitement imputables aux drogues ont baissé de 3 % comparé à l'année précédente. En Hongrie, une révision de milieu d'exercice du budget 2010 a permis d'observer une réduction de 25 % du financement des activités explicitement imputables aux drogues. En Croatie, les données disponibles indiquent une réduction de 10 % des dépenses explicitement imputables aux drogues dans le budget 2010 par rapport à celui de 2009. En République tchèque, malgré une meilleure couverture de données indiquant une possible augmentation des dépenses en 2010, une analyse plus approfondie montre une diminution des fonds disponibles pour le traitement et la réduction des risques.

Dans quatre autres pays, on ne relève pas de signes de coupes budgétaires dans les estimations les plus récentes des dépenses liées à la drogue. En Belgique, le total des dépenses publiques liées à la drogue a augmenté de 18,5 % entre 2004 et 2008 (avant la récession). En Suède, le total des dépenses publiques liées à la drogue a augmenté sensiblement en 2011 comparativement à 2007. Au Luxembourg, en 2010, on a observé une hausse annuelle de 5,6 % du total des dépenses liées à la drogue. En Finlande, le total des dépenses publiques liées à la drogue a augmenté de 1,6 % en 2009.

Les études réalisées jusqu'à présent donnent à penser qu'il existe des variations considérables entre les pays quant à la nature et à la sévérité de l'impact de la crise économique sur les budgets et les dépenses liés à la drogue.

## Lois nationales applicables aux nouvelles substances psychoactives

Ces dernières années, l'Europe a vu apparaître très rapidement toute une palette de nouvelles substances

psychoactives très largement disponibles. La vitesse avec laquelle ces nouvelles substances sont lancées, combinée à un manque d'information sur les risques associés à leur consommation, bouscule la procédure établie consistant à ajouter les substances individuelles à la liste des substances contrôlées par les lois antidrogue. Alors que la majorité des pays européens continuent à suivre cette procédure, plusieurs ont réagi à cette évolution en apportant des changements innovants à leur législation ou à leur politique de répression <sup>(6)</sup>.

Parmi les changements les plus fondamentaux, il y a l'adoption de nouvelles lois pénales punissant la distribution non autorisée de substances psychoactives, comme cela a été le cas en Irlande, en Autriche et en Roumanie. Si ces trois exemples présentent quelques similitudes, ils comprennent aussi des différences essentielles. Concernant la substance, les trois pays définissent une substance psychoactive comme une substance ayant pour effet de stimuler ou de déprimer le système nerveux central et associée à une dépendance, des hallucinations ou des altérations de la fonction motrice ou du comportement. En Irlande, ces altérations doivent être «significatives»; en Autriche, les substances ne peuvent être inscrites que si elles sont susceptibles d'être utilisées de façon abusive par certains segments de la société et représentent une menace éventuelle pour la santé des consommateurs. Le droit roumain ne précise plus de critères de nocivité, contrairement aux dispositions d'une ordonnance émise par le gouvernement plus tôt dans la même année. En Autriche, le ministre de la santé doit désigner nommément les substances ou groupes de substances dans un règlement, tandis qu'en Irlande et en Roumanie une telle désignation n'est pas nécessaire: toute substance possédant les propriétés définies par la législation est couverte de façon implicite. En Autriche, l'offre de ces substances est considérée comme une infraction si l'intention du fournisseur est d'en retirer un profit et de faire consommer ces substances pour leurs effets psychoactifs; en Irlande, la simple connaissance d'une consommation humaine probable est suffisante pour déterminer l'infraction; en Roumanie, aucune de ces deux conditions n'est nécessaire. Les peines maximales infligées pour l'offre de telles substances sont de deux ans d'emprisonnement en Autriche, cinq ans en Irlande et huit ans en Roumanie; ces peines augmentent sensiblement en Autriche et en Roumanie si l'offre des substances entraîne une blessure grave ou un décès.

Tout en maintenant leurs lois antidrogue, plusieurs pays y ont introduit des nuances afin de renforcer ou

<sup>(5)</sup> L'Angleterre représente 84 % de la population du Royaume-Uni, et son budget lié à la drogue absorbe habituellement plus de 80 % du total. Les dépenses explicitement imputables aux drogues ne représentent qu'une petite partie du total des dépenses liées à la drogue au Royaume-Uni.

<sup>(6)</sup> Pour un résumé des questions politiques dans les pays européens, voir OEDT (2011d).

d'accélérer les procédures utilisées pour inscrire les nouvelles substances dans les listes des drogues. Des comités scientifiques d'évaluation des risques ont été officiellement créés en Hongrie (en 2010) et en Finlande (en 2011). Ils sont chargés d'apporter les éléments probants nécessaires pour éclairer les décisions consistant à soumettre les nouvelles substances à des mesures de contrôle. En 2011, le Royaume-Uni a adopté une nouvelle procédure («ordres d'inscription temporaire de drogue») selon laquelle les substances désignées peuvent être rapidement soumises à des mesures de contrôle, et ce pour une période pouvant atteindre un an. Pendant cette période, la nécessité de mesures de contrôle permanent peut être examinée. Une proposition similaire de liste de contrôle temporaire a été adoptée par le parlement slovaque, mais a été suspendue avant les élections de 2012. Une autre nuance législative mise en œuvre par certains pays a consisté à étendre la couverture des lois antidrogue existantes en répertoriant les substances comme des groupes définis plutôt qu'individuellement, comme cela se faisait précédemment. En 2009 et 2011, les cannabinoïdes de synthèse ont été définis comme des groupes de substances contrôlés respectivement au Luxembourg puis en Italie; par la suite, ce dernier pays a ajouté une définition de groupe pour les cathinones. En 2011, Chypre a ajouté des définitions de groupe de cannabinoïdes de synthèse, de cathinones et de phénéthylamines à sa loi antidrogue. Entre-temps, l'Allemagne et la France étudient la faisabilité de cette approche.

Modifier la législation étant un processus qui peut prendre du temps, certains pays préfèrent utiliser d'autres lois existantes pour accélérer leur réponse aux nouvelles substances. Les lois sur les médicaments sont mises à profit pour contrôler les substances non thérapeutiques dans au moins huit pays. De plus, divers types de lois sur la protection du consommateur ont été adoptés en Italie, en Pologne, au Portugal et au Royaume-Uni; ces lois s'appliquent aux produits psychoactifs en général (et entraînent des fermetures de magasins) ou visent certaines substances en particulier. Par exemple, la méphédrome était vendue comme «plante à usage alimentaire» ou comme «sels de bain», alors que son usage est tout autre. Ces initiatives peuvent être des interventions rapides décidées en attendant l'adoption de mesures de suivi des lois antidrogue; elles ont aussi donné aux pays en question le temps de concevoir des réponses innovantes.

Pour soumettre les substances potentiellement dangereuses à des mesures de contrôle, une autre possibilité consiste à adapter les lois existantes. En 2010, la Pologne a exclu l'exigence de nocivité et toute application de lois

générales sur la sécurité des produits de la définition d'une «drogue de substitution» (une substance utilisée à la place ou aux mêmes fins qu'une drogue). En parallèle, la loi sur la protection de la santé a été actualisée afin de pouvoir être appliquée s'il existe un soupçon qu'une drogue de substitution puisse représenter une menace pour la vie humaine. En Hongrie, en 2012, une disposition d'inscription temporaire a été ajoutée à la loi sur les médicaments afin de pouvoir y inscrire les drogues non thérapeutiques qui affectent le système nerveux central, sont susceptibles d'altérer l'état mental, le comportement ou la perception, et qui peuvent donc représenter une menace aussi grave que les substances inscrites dans les listes de drogues pour la santé publique. Selon les termes de la section «Drogues» modifiée du code pénal, les personnes offrant ou distribuant de telles substances sont passibles d'une peine pouvant atteindre trois ans d'emprisonnement. En Suède, en 2011, les services de répression ont reçu de nouveaux pouvoirs qui leur permettent d'agir au nom de la protection de la sécurité publique et de saisir ou de détruire certaines substances supposément utilisées à des fins d'intoxication et susceptibles de causer des blessures ou des décès. En vertu des nouvelles lois de l'Autriche et du Royaume-Uni, dans certaines circonstances, la police est autorisée à confisquer toute quantité d'une substance, même en l'absence d'infraction.

On dénombre de plus en plus de réponses ciblant la publicité et la vente libre des nouvelles substances psychoactives. Faire de la publicité pour les effets psychoactifs d'une substance en vue de la vendre est punissable d'une peine pouvant atteindre cinq ans d'emprisonnement en Irlande et un à trois ans en Roumanie. En République tchèque, la promotion de la dépendance à une substance psychoactive expose son auteur à une peine pouvant atteindre huit ans d'emprisonnement. En Roumanie, toute personne faisant la publicité d'un tel produit en prétendant que sa vente est légale encourt une peine allant de trois à dix ans d'emprisonnement. En Pologne, la personne qui offre des «drogues de substitution» encourt une forte amende et celle qui en fait la publicité une peine d'un an d'emprisonnement. En Roumanie, une forte amende est infligée si un site internet en infraction n'est pas fermé dans les douze heures suivant la requête ministérielle émise à cet effet.

L'apparition rapide de drogues nouvelles et inconnues a suscité des réponses nombreuses et variées, qui continuent à évoluer: depuis 2009, au moins sept pays ont mis en œuvre une réponse innovante et en ont lancé une autre ultérieurement. La lourdeur des sanctions pénales



et le degré de psychoactivité ou de nuisance potentielle entraînant ces sanctions varient fortement en Europe. Deux tendances sont cependant visibles: le recours à la menace d'emprisonnement pour dissuader les fournisseurs, et l'exclusion des sanctions pénales pour les détenteurs de drogues destinées à la consommation personnelle.

## Recherche sur la drogue

Afin de compléter et de soutenir les priorités énoncées dans la stratégie antidrogue de l'UE, la Commission européenne finance une série de recherches et d'études dans le domaine de la drogue. Depuis 2007, elle a investi plus de 18 millions d'euros au titre du septième programme-cadre pour la recherche et le développement technologique (7<sup>e</sup> PCRD).

Deux études européennes majeures se sont concentrées sur la dépendance à la drogue et à l'alcool dans le contexte des troubles cérébraux. Récemment conclu, le projet «Psychosocial factors relevant to brain disorders in Europe» (Paradise, «Facteurs psychosociaux intervenant dans les troubles cérébraux en Europe») a révélé que les désordres provoqués par l'abus de substances allaient de pair avec un lourd fardeau et un impact profond sur la vie quotidienne. Les difficultés les plus courantes ont été détectées au niveau des fonctions cognitives, des fonctions émotionnelles, de l'autonomie, des relations avec autrui, de l'emploi et de la vie économique. En 2011, un autre projet européen majeur a indiqué que les troubles du cerveau, mesurés par les années de vie corrigées de l'incapacité, sont le premier contributeur à la charge globale de morbidité de l'Union européenne, avec 26,6 % du total (Wittchen e.a., 2011). Cette étude a classé les dépendances à la drogue et à l'alcool parmi les troubles cérébraux les plus courants, derrière les troubles dus à l'anxiété, l'insomnie, la dépression grave et les troubles somatoformes.

Le projet «Access to opioid medication in Europe» (ATOME, «Accès aux médicaments opiacés en Europe») enquête sur les raisons pour lesquelles les médicaments opiacés destinés au traitement de la douleur modérée à aiguë ou au traitement de la dépendance aux opiacés ne sont pas toujours disponibles là où on en a besoin, ni utilisés de façon adéquate. Ce projet sera mené jusqu'à la fin de 2014, et ses premiers résultats comprendront la publication des nouvelles lignes directrices politiques de

l'OMS (2011), disponibles en 14 versions linguistiques, et un passage en revue des obstacles potentiels à l'accès et à la disponibilité des opiacés. Il débouchera sur l'élaboration de rapports par pays contenant des recommandations concrètes concernant des modifications de la législation.

Le projet «Addictions and lifestyles in contemporary Europe — Reframing addictions project» (ALICE RAP, «Addictions et modes de vie dans l'Europe d'aujourd'hui — Redéfinition des addictions») sera mené jusqu'en 2016 grâce aux contributions de plus de 100 chercheurs et 70 institutions de recherche dans plus de trente pays. Centré sur sept grands thèmes de travail, ce projet vise à renforcer les données scientifiques susceptibles d'informer le public et le dialogue politique sur les défis posés à la société européenne par les drogues et les autres dépendances, ainsi qu'à encourager le débat sur les approches des dépendances.

Le projet «Grasping the links in the chain: understanding the unintended consequences of international counter-narcotics measures for the EU» (Linksch, «Démêler les maillons de la chaîne: comprendre les conséquences inattendues des mesures antidrogue pour l'UE») a démarré en février 2012. Il rassemble sept partenaires de quatre pays et a pour but de contribuer au développement d'une politique antidrogue plus complète visant à réduire les conséquences imprévues. Enfin, le programme de mise en réseau de l'espace européen de la recherche (ERA-NET) en matière de drogues illicites, financé par le 7<sup>e</sup> PCRD, sera mis en place d'ici à 2013.

Le programme «Prévenir la consommation de drogue et informer le public» de la Commission européenne a également financé une série de projets, dont une étude intitulée «Analyse approfondie du marché européen des drogues et des mesures prises pour y faire face», qui a analysé les caractéristiques et le fonctionnement des marchés du cannabis, de la cocaïne, des amphétamines et de l'ecstasy dans l'Union européenne, et le projet «New methodological tools for policy and programme evaluation» (DPE, «Nouveaux outils méthodologiques pour l'évaluation des politiques et des programmes»), qui élabore des indicateurs permettant d'effectuer le suivi de l'offre et de la demande des drogues illicites ainsi que d'évaluer les politiques et les interventions dans ce domaine (7).

(7) Pour de plus amples informations sur la recherche consacrée au problème de la drogue en Europe, voir la page internet «Recherche» de l'OEDT.

## DRUID: conduire sous l'influence de drogues, d'alcool et de médicaments

Le projet DRUID («Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines»), qui s'est achevé en 2011, visait à apporter de nouvelles perspectives sur l'impact de l'alcool, des drogues illicites et des médicaments sur la sécurité routière et à émettre des recommandations pour la politique de sécurité routière. Des protocoles harmonisés de collecte des données ont été utilisés pour recueillir des échantillons de fluides corporels auprès de quelque 50 000 conducteurs sélectionnés au hasard dans treize pays européens, et de 4 500 conducteurs qui avaient été gravement blessés ou tués dans un accident. L'étude a révélé que 3,5 % des conducteurs testés avaient de l'alcool dans leur organisme. Qui plus est, 1,5 % des conducteurs avaient dépassé la limite légale courante de 0,5 gramme d'alcool par litre de sang, une valeur qui augmentait considérablement le risque de perdre la vie dans un accident de la route comparativement aux conducteurs n'ayant pas consommé d'alcool.

Les traces de drogues illicites le plus souvent décelées chez les conducteurs testés au hasard étaient des traces de tétrahydrocannabinol (THC) (1,3 %) et de cocaïne (0,4 %). La présence de THC a été associée à un léger accroissement du risque pour le conducteur d'être blessé ou d'être responsable d'un accident mortel, et la présence de cocaïne et d'amphétamines augmentait considérablement ce risque pour le conducteur. Des traces de médicaments psychoactifs, surtout les benzodiazépines, ont été trouvées chez 1,4 % des conducteurs, ce qui pouvait augmenter considérablement le risque de décéder dans un accident de la route. Tous les risques étaient grandement renforcés lorsque des substances étaient combinées à de l'alcool ou à d'autres drogues, comme cela arrive souvent en Europe.

Après avoir examiné les réponses données à ce problème, le projet a constaté que la plupart des appareils de dépistage de drogue au volant n'étaient pas suffisamment précis. Les interventions effectives sont, entre autres, le retrait du permis de conduire pour une période pouvant atteindre douze mois et des programmes de réinsertion. L'efficacité de ces interventions dépend toutefois d'une distinction à établir entre les divers types de contrevenants. Néanmoins, l'une des principales conclusions du projet DRUID était que les mesures visant à contrer la conduite sous l'influence de drogue ne devaient pas détourner les ressources des mesures destinées à la lutte contre la conduite sous l'influence d'alcool.

## Développements dans la recherche sur la dépendance <sup>(1)</sup>

Au cours de l'année dernière, la quantité de recherches faites sur la dépendance a presque triplé dans les États membres de l'UE, bien que les scientifiques américains continuent à produire un tiers des nouvelles publications en la matière. L'année 2011 a vu une augmentation du nombre de documents consacrés à l'alcool, à la nicotine ou aux psychostimulants, ainsi qu'une forte hausse du nombre d'études génétiques et d'imagerie dans le domaine de la dépendance. Toutefois, moins de 7 % des études portent sur des essais cliniques de nouvelles stratégies thérapeutiques de lutte contre la dépendance, qui reste donc un champ d'étude à développer.

Parmi les principaux essais cliniques publiés dans ce domaine, il y a ceux qui ont exploré l'utilisation de thérapies de substitution ou de drogues de sevrage pour la dépendance à la méthamphétamine, l'utilisation de buprénorphine/naloxone pour la dépendance aux opiacés ou les nouvelles thérapies de sevrage aux opiacés, comme la tétrodotoxine. D'autres études se sont centrées sur la base comportementale, physiologique et moléculaire de l'apprentissage associatif ou conditionné dans les paradigmes de toxicomanie, en explorant de nouveaux objectifs potentiels pour le développement thérapeutique.

Une grande partie de la recherche en neuroscience sur la dépendance se focalise sur le système de récompense du cerveau et la dopamine, mais de nouvelles données indiquent d'autres possibilités. Par exemple, les études de neuro-imagerie réalisées sur des animaux et des humains ont montré l'influence majeure du cortex préfrontal sur le comportement de prise de drogue. Les interactions entre la région dorsale et la région ventrale du cortex préfrontal se modifient au cours du processus de dépendance, ce qui évoque des interventions de neurotransmetteurs tels que la noradrénaline, la sérotonine, le glutamate et les cannabinoïdes.

<sup>(1)</sup> Préparé par Fernando Rodríguez de Fonseca et Jean-Pol Tassin, membres du comité scientifique de l'OEDT.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Chapitre 2

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

### Introduction

Ce chapitre présente une vue d'ensemble des réponses au phénomène de la drogue en Europe et souligne, là où cela est possible, les tendances et les évolutions. Il examine dans un premier temps les mesures de prévention et se penche ensuite sur les interventions en matière de traitement, de réinsertion sociale et de réduction des risques. Toutes ces mesures forment ensemble un système complet de réduction de la demande de drogue et elles sont de plus en plus coordonnées et intégrées. La section finale se concentre sur la définition des priorités dans le domaine de la répression antidrogue et des infractions à la législation antidrogue.

### Prévention

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

### Stratégies environnementales

L'objectif des stratégies de prévention environnementale vise à modifier les environnements culturel, social, physique et économique immédiats dans lesquels les individus posent leur choix en termes de consommation de drogue. Généralement, ces stratégies incluent des mesures telles que la fixation des prix de l'alcool,

l'interdiction de la publicité pour le tabac et l'interdiction de fumer. L'efficacité de ces stratégies a été démontrée. D'autres stratégies environnementales privilégient la mise en place d'environnements scolaires protecteurs. Voici quelques-uns des exemples dont les pays européens ont fait état: promotion d'un climat d'apprentissage positif et encourageant (Pologne et Finlande), éducation aux normes et aux valeurs de citoyenneté (France) et sécurisation des écoles par une présence policière dans le quartier (Portugal).

On a avancé que toute une série de problèmes sociaux, notamment la consommation de substances, les grossesses d'adolescentes et la violence, étaient plus fréquents dans les pays connaissant les plus fortes inégalités sociales et sanitaires (Wilkinson et Pickett, 2010). Nombre de pays scandinaves, comme la Finlande, investissent beaucoup dans des politiques environnementales plus larges visant à améliorer l'inclusion sociale au niveau de la famille, de l'école, de la communauté et de la société mais aussi à contribuer à réduire l'utilisation de drogues et à maintenir cette utilisation réduite. Les programmes et interventions de prévention ciblés sur des problèmes ou des drogues spécifiques sont moins fréquents dans ces pays.

### Prévention universelle

La prévention universelle concerne des populations entières, essentiellement en milieu scolaire et au niveau des communautés. Elle vise à réduire les comportements à risque liés à des drogues en fournissant aux jeunes les compétences nécessaires pour éviter de commencer à consommer des drogues ou pour reporter cette initiation. Selon une évaluation récente du programme de prévention «Unplugged» en République tchèque, les étudiants participants ont fait état d'une consommation sensiblement réduite de tabac mais aussi d'une diminution de la fréquence des états d'ébriété, de la consommation de cannabis et de toute autre drogue (Gabrhelik e.a., 2012). Toutefois, on a récemment signalé des réductions de l'offre de prévention universelle en Grèce et en Espagne, et du personnel

### Prévention: le contexte environnemental

Des recherches récentes en neuroscience sociale (Steinberg, 2008) confirment les conclusions d'études sociales selon lesquelles le contexte environnemental influence profondément l'adoption de comportements à risque par les adolescents.

Vers l'époque de la puberté, la prise de risques augmente en raison de modifications intervenant dans le système socio-émotionnel du cerveau, ce qui a pour effet d'augmenter la recherche de récompenses et de réduire le contrôle des impulsions en présence de pairs. Une telle sensibilité accrue à l'opinion d'autrui et aux normes perçues peut contribuer à expliquer pourquoi une grande partie des comportements à risque d'adolescents, comme la consommation non contrôlée de drogues et d'alcool et la conduite téméraire, sont constatés presque exclusivement dans des contextes sociaux. À des moments décisifs, il arrive que des jeunes en groupes n'opèrent pas des «choix informés» ou n'évaluent pas les risques de façon rationnelle.

La recherche montre que, au lieu de se concentrer sur la fourniture d'informations, les interventions de prévention ciblant les jeunes devraient se centrer sur les normes et les perceptions de la normalité. Elle souligne en outre l'importance qu'il y a, du point de vue préventif, à privilégier les contextes environnementaux comme l'école, la famille et les espaces récréatifs. La recherche met également l'accent sur l'importance du contrôle parental et apporte son soutien aux mesures visant à limiter les possibilités de conséquences nuisibles dans les environnements où des jeunes interagissent en groupes, en particulier les environnements de divertissement et de vie nocturne. Ces nouvelles conclusions soutiennent surtout l'approche de prévention environnementale, qui repose davantage sur la modification des contextes que sur la seule persuasion.

affecté à la prévention en Lettonie, ce qui confirmerait la tendance possible selon laquelle la prévention serait affectée par les coupes budgétaires en cette période de difficultés économiques (OEDT, 2011a).

Le manuel de normes de prévention de l'UE (OEDT, 2011b) est conçu pour aider les États membres à assurer la qualité de leurs programmes de prévention; une série de pays ont fait état d'améliorations en la matière. L'Irlande a récemment évalué la mise en œuvre de son programme national de prévention dans les établissements d'enseignement postprimaire. La République tchèque, pour sa part, a apporté des améliorations à son régime de subventions de prévention en introduisant le premier système de certification d'Europe en ce domaine, au titre duquel les financements ne sont accordés qu'aux programmes

certifiés. La certification des professionnels est conçue pour améliorer la qualité de l'offre des programmes de prévention et veiller à ce que les fonds publics soient dépensés rationnellement.

### Prévention sélective

La prévention sélective est axée sur des groupes, familles ou communautés spécifiques, dont les membres, du fait de leurs faibles liens sociaux ou de leurs maigres ressources, sont davantage exposés à un risque de toxicomanie ou de dépendance. Le Danemark, l'Allemagne, l'Espagne, l'Autriche et le Portugal ont mis en œuvre des interventions de prévention ciblant les élèves des écoles professionnelles, un groupe de jeunes identifiés comme très exposés au risque de connaître des problèmes de consommation de drogue. L'Irlande a adopté une approche plus large du travail de prévention ciblant les jeunes à risque en travaillant pour améliorer l'alphabétisation et l'apprentissage du calcul chez les jeunes défavorisés. Les interventions au niveau des communautés visant des groupes de jeunes à haut risque, comme l'Italie et certaines municipalités du nord de l'Europe en ont fait état, associent des stratégies individuelles et environnementales prenant la forme de travail de proximité, de travail avec les jeunes et de coopération formelle entre les autorités locales et des organisations non gouvernementales. De telles approches ciblent les jeunes à haut risque sans les inscrire dans des programmes spécifiques.

Des approches fondées sur l'intervention précoce ont été fréquemment signalées en Europe, mais la finalité et le contenu de ces programmes varient selon le pays. Au Royaume-Uni, la récente politique de prévention a redonné son sens de départ au concept d'«intervention précoce»: offrir, pendant leur petite enfance, un soutien social, émotionnel et éducatif aux enfants vivant dans des circonstances désavantageuses<sup>(8)</sup>. Le but est de reporter ou d'empêcher la naissance des problèmes (y compris la consommation de drogue) au lieu d'attendre que le problème apparaisse pour y répondre (Allen, 2011). Les programmes d'éducation parentale peuvent aussi jouer un rôle important dans les approches d'intervention précoce; toutefois, les activités et la formation parentales proactives restent rares dans le domaine de la prévention sélective.

### Prévention ciblée

La prévention ciblée tend à identifier les personnes présentant des problèmes comportementaux ou psychologiques qui donnent à penser qu'elles

(8) Ce sens diffère de l'acception récente d'«intervention précoce» où le qualificatif «précoce» indiquait un «stade précoce dans l'époque» de consommation de drogue.

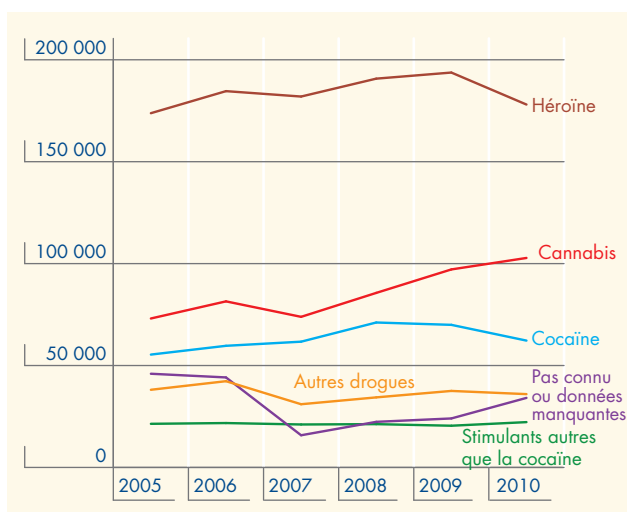
pourraient développer ultérieurement des problèmes de toxicomanie et à les cibler individuellement par le biais de mesures spécifiques. Dans la plupart des pays européens, la prévention ciblée reste fondée sur l'offre de conseils aux jeunes consommateurs de drogue. Le programme «Preventure»<sup>(9)</sup> est une exception. Il s'agit d'un programme canadien qui a été adapté à la situation du Royaume-Uni et qui cible spécifiquement les jeunes buveurs à la recherche de sensations. Ce programme est l'un de ceux recevant les évaluations les plus positives qui soit disponible actuellement; il est maintenant également mis en œuvre en République tchèque et aux Pays-Bas.

## Traitement

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

Aucun ensemble de données ne permet de décrire l'ensemble de la population d'usagers de drogue actuellement en traitement en Europe. Néanmoins, l'indicateur de l'OEDT sur les demandes de traitement rassemble des informations sur un important sous-groupe de cette population et collecte des données sur les personnes qui entrent dans un service spécialisé de traitement de la toxicomanie pendant l'année civile, permettant ainsi de connaître leurs caractéristiques et leur profil de consommation de drogue<sup>(10)</sup>. En 2010, l'indicateur a enregistré quelque 472 000 patients ayant entamé un traitement, dont 38 % (178 000) entraient en traitement pour la première fois. Au cours des cinq dernières années, l'héroïne, le cannabis et la cocaïne ont été les drogues principales déclarées par les personnes ayant entamé un traitement, l'augmentation la plus marquée ayant été observée pour le cannabis (voir le graphique 2).

**Graphique 2** — Tendances du nombre estimé de patients entamant un traitement, par drogue primaire



NB: Pour de plus amples informations, voir le graphique TDI-1 (partie ii) du bulletin statistique 2012.  
Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Sur la base de différentes sources, dont l'indicateur sur les demandes de traitement et les registres de traitements de substitution aux opiacés, on peut estimer qu'en 2010, au moins 1,1 million de personnes ont suivi un traitement pour consommation de substances illicites dans l'Union européenne, en Croatie, en Turquie et en Norvège<sup>(11)</sup>. Si plus de la moitié de ces patients ont reçu un traitement de substitution aux opiacés, un grand nombre a bénéficié d'autres formes de traitement pour des problèmes liés aux opiacés, aux stimulants, au cannabis et à d'autres substances illicites<sup>(12)</sup>. Cette estimation du nombre de traitements de la toxicomanie en Europe, quoiqu'elle doive être affinée, suggère un niveau considérable d'offre de traitements, à tout le moins pour les consommateurs d'opiacés. Cela résulte d'un développement considérable des services ambulatoires spécialisés au cours des vingt dernières années, avec une contribution majeure des services de santé primaire, des services de santé mentale, des services de proximité et des prestataires de services à bas seuil.

### Traitement dans une structure ambulatoire

Il existe des informations sur quelque 400 000 usagers de drogue ayant commencé un traitement ambulatoire spécialisé en Europe, en 2010. Près de la moitié des toxicomanes ayant entamé un traitement (48 %

<sup>(9)</sup> Disponible sur le site «Échange sur les mesures de réduction de la demande de drogue».

<sup>(10)</sup> L'indicateur des demandes de traitement regroupe des données émanant de 29 pays et concernant des centres spécialisés dans la toxicomanie, avec une couverture de plus de 60 % des unités dans la plupart des pays, bien que, pour certains d'entre eux, le pourcentage d'unités couvertes ne soit pas connu (voir le tableau TDI-7 du bulletin statistique 2012).

<sup>(11)</sup> Voir l'encadré «Estimation du nombre de consommateurs de drogues en traitement en Europe» et le tableau HSR-10 du bulletin statistique 2012.

<sup>(12)</sup> Des informations plus détaillées sur les types spécifiques de traitement pour les diverses substances sont fournies dans les chapitres correspondants.

déclarent consommer des opiacés, essentiellement de l'héroïne, comme drogue principale, tandis que 27 % citent le cannabis comme drogue primaire, 17 % la cocaïne et 4 % des stimulants autres que la cocaïne <sup>(13)</sup>. La voie la plus courante vers un traitement est une décision personnelle de suivre un traitement (35 %), avant l'envoi par les services sociaux et de santé (29 %) et l'envoi par le système judiciaire (20 %). Les autres patients sont dirigés vers les centres de traitement par la famille, des amis et des réseaux informels <sup>(14)</sup>.

Les patients entreprenant un traitement ambulatoire sont âgés en moyenne de 31 ans. Dans ce groupe, on recense pratiquement quatre fois plus d'hommes que de femmes, ce qui reflète en partie la prédominance des hommes parmi les usagers de drogue les plus problématiques. Les ratios hommes/femmes sont élevés pour toutes les substances, malgré des variations selon les drogues et les pays <sup>(15)</sup>. Les ratios hommes/femmes sont généralement les plus élevés dans les pays du sud de l'Europe et parmi les patients consommateurs de cocaïne et de cannabis; les ratios les plus bas sont observés dans le nord de l'Europe et parmi les patients consommateurs de stimulants et d'opiacés <sup>(16)</sup>. Chez les patients qui entament un traitement ambulatoire, les consommateurs primaires de cannabis ont près de dix ans de moins (25 ans) que les consommateurs primaires de cocaïne (33 ans) et d'opiacés (34 ans). Dans l'ensemble, les patients les plus jeunes (26-27 ans) vivent en Hongrie, en Pologne, en Roumanie et en Slovaquie et les plus âgés en Italie, au Portugal et en Norvège (34-35 ans) <sup>(17)</sup>.

Les deux modalités principales de traitement ambulatoire en Europe sont les interventions psychosociales et le traitement de substitution aux opiacés. Les interventions psychosociales comprennent des conseils, une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, une prise en charge personnalisée, des thérapies de groupe et familiales et la prévention des rechutes. Les interventions psychosociales proposent une aide aux consommateurs qui tentent de gérer et de résoudre leur problème de dépendance et constituent la principale modalité de traitement pour les consommateurs de stimulants tels que la cocaïne et les amphétamines <sup>(18)</sup>. Ces interventions sont également proposées aux consommateurs d'opiacés, souvent en combinaison avec un traitement de substitution.

Dans presque tous les pays, la responsabilité de l'offre de traitements psychosociaux ambulatoires est partagée par des institutions publiques et des organisations non gouvernementales. Alors que les institutions publiques en sont le principal fournisseur dans vingt pays, les organisations non gouvernementales sont le principal fournisseur dans huit pays <sup>(19)</sup> et le deuxième fournisseur en termes de parts de patients dans onze autres pays. Les fournisseurs commerciaux jouent en général un moindre rôle dans l'offre de cette modalité de traitement, mais ils constituent les deuxièmes fournisseurs les plus importants dans huit pays (Belgique, Bulgarie, Danemark, Chypre, Lettonie, Lituanie, Slovaquie et Turquie), avec une part de patients variant entre 5 et 35 %.

Dans une étude réalisée en 2010 en Europe, les experts nationaux ont indiqué que les traitements psychosociaux ambulatoires étaient disponibles dans quatorze pays pour pratiquement toutes les personnes qui le souhaitaient et dans onze pays pour la majorité des personnes qui le recherchaient. Toutefois, dans trois pays (Bulgarie, Estonie et Roumanie), on estime que les traitements psychosociaux ambulatoires ne sont disponibles que pour moins de la moitié des personnes recherchant activement un accompagnement. Ces estimations peuvent cacher des variations considérables au sein des pays et des différences dans la disponibilité des programmes de traitement spécialisés pour des groupes cibles spécifiques, tels que les consommateurs de drogue plus âgés ou les minorités ethniques. Certains pays font état de difficultés pour fournir des services spécialisés en cette période de récession économique et de coupes budgétaires.

Concernant l'accès à un traitement psychosocial ambulatoire, les experts de douze des vingt-neuf pays ayant fourni des données ont rapporté qu'il n'y avait pas de temps d'attente, tandis que, dans onze autres pays, le temps d'attente moyen était estimé à moins d'un mois. En Norvège, le temps d'attente moyen est estimé à environ huit semaines, tandis que les experts de quatre autres pays n'étaient pas en mesure de donner une estimation. Au Danemark, la législation exige que le traitement commence dans les 14 jours.

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

<sup>(13)</sup> Voir le tableau TDI-19 du bulletin statistique 2012.

<sup>(14)</sup> Voir le tableau TDI-16 du bulletin statistique 2012.

<sup>(15)</sup> Pour des informations sur les patients en cours de traitement selon la drogue primaire consommée, voir les chapitres correspondants.

<sup>(16)</sup> Voir le tableau TDI-21 du bulletin statistique 2012.

<sup>(17)</sup> Voir les tableaux TDI-9 (partie iv) et TDI-103 du bulletin statistique 2012.

<sup>(18)</sup> Pour des informations sur les traitements selon la drogue primaire consommée, voir les chapitres correspondants.

<sup>(19)</sup> En Bulgarie, les institutions publiques et les organisations non gouvernementales participent dans une proportion égale en termes de parts de patients à l'offre de traitements psychosociaux ambulatoires (et en milieu hospitalier).

substitution. Il est généralement dispensé dans une structure ambulatoire, bien que, dans certains pays, il soit également disponible en milieu hospitalier et de plus en plus en milieu carcéral <sup>(20)</sup>. En outre, les médecins généralistes permanents jouent un rôle de plus en plus important dans l'offre de ce type de traitement, souvent dans le cadre de structures d'entraide avec des centres spécialisés. Tous les États membres de l'UE ainsi que la Croatie, la Turquie et la Norvège proposent un traitement de substitution aux opiacés <sup>(21)</sup>. Dans l'ensemble, on estime à 710 000 le nombre de traitements de substitution dispensés en Europe en 2010. Comparativement à 2009, le nombre de patients recevant un traitement de substitution a augmenté dans la plupart des pays, bien que l'Espagne et la Slovaquie aient fait état de légères diminutions <sup>(22)</sup>.

### Traitement en milieu hospitalier

Des données sont disponibles sur quelque 50 000 consommateurs de drogue ayant commencé un traitement en milieu hospitalier en Europe en 2010 <sup>(23)</sup>. La moitié d'entre eux a cité les opiacés comme drogue

#### Estimation du nombre de consommateurs de drogue en traitement en Europe

Depuis 2008, l'OEDT recueille annuellement des données sur le nombre total de patients recevant un traitement pour toxicomanie en Europe. Lors de la collecte de données la plus récente, quatorze pays ont fourni des estimations minimales fiables du nombre total de personnes en contact avec des services de traitement en 2010; le nombre total estimé était de 900 000 patients. Pour les seize pays restants, un sous-ensemble de données a été utilisé: soit le nombre de demandes de traitement, soit les patients ayant suivi un traitement de substitution aux opiacés pendant l'année considérée; des deux totaux, le plus élevé a été utilisé. Ainsi, les données relatives aux patients ayant suivi un traitement de substitution aux opiacés ont été utilisées pour sept pays (171 000 patients) et celles de l'indicateur sur les demandes de traitement ont été utilisées pour neuf pays (48 000 patients). Ensemble, ces données indiquent qu'au moins 1,1 million de personnes ont été en contact avec des services de traitement en Europe en 2010. L'OEDT travaille avec les États membres afin d'améliorer l'assurance qualité des estimations nationales du total de la population en traitement, une amélioration qui se répercutera sur la qualité des estimations au niveau européen.

principale (48 %), suivis par le cannabis (16 %), les amphétamines et les stimulants autres que la cocaïne (13 %) et la cocaïne (8 %). Les patients hospitalisés sont essentiellement des hommes jeunes, dont la moyenne d'âge est de 31 ans, le ratio hommes/femmes se situant à 3/1 <sup>(24)</sup>.

Le traitement en milieu hospitalier ou en hébergement exige que les patients restent hospitalisés pendant une durée allant de plusieurs semaines à plusieurs mois. Dans nombre de cas, ces programmes visent à permettre au patient de s'abstenir de consommer de la drogue et n'autorisent pas de traitement de substitution. La désintoxication est une intervention de courte durée sous contrôle médical dont le but est de supprimer les symptômes de manque associés à une consommation chronique de drogue et elle est parfois une condition préalable avant d'entamer un traitement de longue durée en milieu hospitalier basé sur l'abstinence. La désintoxication est souvent une intervention en hébergement assurée par des hôpitaux, des centres spécialisés dans le traitement de la dépendance ou des établissements possédant des unités médicalisées ou psychiatriques.

Les patients traités en milieu hospitalier bénéficient d'un hébergement et de traitements psychosociaux structurés personnalisés et participent à des activités visant à les réinsérer dans la société. Une approche de communautés thérapeutiques est souvent adoptée dans ce contexte <sup>(25)</sup>. Le traitement des toxicomanes en milieu hospitalier est aussi assuré par des hôpitaux psychiatriques, notamment pour les patients présentant des troubles psychiatriques comorbides.

Les institutions publiques sont les principaux fournisseurs de services de désintoxication dans vingt-deux pays, tandis que le secteur privé est le principal fournisseur à Chypre et à Luxembourg et le deuxième fournisseur dans douze autres pays. Les organisations non gouvernementales constituent les plus grands fournisseurs aux Pays-Bas et les deuxièmes plus grands dans huit autres pays. Selon les experts nationaux, dans douze pays, la désintoxication est disponible pour presque toutes les personnes qui la recherchent et, dans neuf autres pays, elle l'est pour la majorité des personnes qui la recherchent. Dans sept pays (Estonie, Irlande, Grèce, Lettonie, Hongrie, Roumanie et Norvège), on estime que la désintoxication n'est disponible que pour moins de la

<sup>(20)</sup> Voir la «Question particulière» de 2012 sur les consommateurs de drogue en prison.

<sup>(21)</sup> Voir les tableaux HSR-1 et HSR-2 du bulletin statistique 2012.

<sup>(22)</sup> Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2012. Pour plus d'informations sur la disponibilité, l'accessibilité et les tendances en matière de traitement de substitution, voir le chapitre 6.

<sup>(23)</sup> Ce chiffre doit être interprété avec prudence, car il n'inclut pas tous les usagers qui suivent un traitement en milieu hospitalier.

<sup>(24)</sup> Voir les tableaux TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 et TDI-24 du bulletin statistique 2012.

<sup>(25)</sup> Voir l'encadré «Des communautés thérapeutiques pour la réinsertion des usagers de drogue en Europe».



moitié des personnes qui en recherchent une activement. Dans quinze pays, le temps d'attente moyen estimé pour une désintoxication est inférieur à deux semaines. Un temps d'attente moyen de deux semaines à un mois a été estimé dans huit pays; il a été estimé à plus d'un mois en Autriche et en Slovénie. Les experts de trois pays n'ont pas fourni d'estimation. Les estimations nationales des temps d'attente pour n'importe quelle modalité peuvent toutefois recouvrir d'importantes variations au sein des pays.

Les institutions publiques sont les principaux fournisseurs de traitements en milieu hospitalier dans quatorze pays, et les organisations non gouvernementales le sont dans onze pays. Les institutions privées sont les principaux fournisseurs au Danemark et les deuxièmes plus importants dans six autres pays. Les experts nationaux estiment qu'un traitement psychosocial en milieu hospitalier est disponible pour presque toutes les personnes qui le recherchent dans dix pays, et pour la majorité des personnes qui le recherchent dans onze autres pays. Toutefois, dans sept pays (Bulgarie, Danemark, Estonie, Chypre, Hongrie, Roumanie et Finlande), cette modalité de traitement a été considérée comme disponible pour moins de la moitié des personnes qui la recherchent.

Les experts de la Grèce, de la Pologne, du Portugal, de la Slovaquie et de la Croatie ont estimé qu'il n'y avait pas de temps d'attente pour un traitement en milieu hospitalier. Le temps d'attente moyen a été estimé à moins d'un mois dans treize pays et à plus d'un mois dans quatre autres pays.

## Réinsertion sociale

Le degré d'exclusion sociale des usagers de drogue à problèmes est généralement élevé, en particulier parmi les consommateurs d'opiacés. Les données relatives aux conditions sociales des patients ayant entamé un traitement en 2010 montrent que plus de la moitié d'entre eux (56 %) étaient au chômage; au cours des cinq dernières années, ce pourcentage a augmenté dans quinze des vingt-quatre pays fournissant des données de tendances. Une autre caractéristique courante parmi les patients ayant entamé un traitement est le faible niveau d'éducation, 38 % d'entre eux n'ayant achevé que l'enseignement primaire et 2 % n'ayant même pas atteint ce niveau. De plus, beaucoup sont sans domicile, 10 % des patients en traitement ayant déclaré ne pas avoir de logement fixe.

### Des communautés thérapeutiques pour la réinsertion des usagers de drogue en Europe

La communauté thérapeutique se définit traditionnellement comme un milieu exempt de drogue dans lequel des personnes ayant des problèmes de drogue (et autres) vivent ensemble d'une façon organisée et structurée afin de promouvoir des changements sociaux et psychologiques. Les patients sont considérés comme des participants actifs dans leur propre traitement et dans celui des uns et des autres. La responsabilité de la gestion quotidienne de la communauté est partagée par les patients et le personnel. Depuis quelques années, cette approche s'adapte de plus en plus afin de répondre aux besoins des patients en traitement de substitution aux opiacés, des adolescents, des hommes et femmes sans abri, des mères et de leurs enfants, des personnes séropositives ou souffrant de problèmes de santé mentale.

En 2013, une publication dans la série *Insights* de l'OEDT sera consacrée au rôle des communautés thérapeutiques dans le traitement des usagers de drogue en Europe.

Améliorer la capacité de la personne à trouver et à garder un emploi — l'employabilité — est un élément essentiel de la réinsertion sociale des usagers de drogue. Les interventions dans ce domaine tiennent compte du fait que la consommation de drogue et les problèmes qui y sont liés peuvent compromettre non seulement l'entrée et le retour sur le marché du travail mais aussi la capacité à garder un emploi. En Europe, la formation professionnelle comprend une grande diversité de programmes qui visent à améliorer les compétences et les qualités requises pour trouver et garder un emploi, notamment les compétences pour répondre et se présenter à un entretien, la gestion du temps, les connaissances informatiques, l'efficacité et le sens de l'engagement vis-à-vis du travail. De plus, des programmes visant à développer des compétences et qualifications professionnelles spécifiques sont parfois offerts par les services de traitement de la toxicomanie et par des fournisseurs spécialisés comme les autorités nationales en matière d'enseignement ou les services de l'emploi (OEDT, 2011a).

Une approche prometteuse consiste à intégrer des mesures de soutien dans les programmes de traitement de la toxicomanie, telles que des conseils en matière d'emploi, ou une formation ou un placement professionnel. Les modèles étudiés incluent, entre autres, l'offre de formations aux usagers de drogue au chômage qui reçoivent un traitement psychosocial dans des structures ambulatoires. On a également évalué l'efficacité des conseils personnalisés en matière

d'emploi, de l'aide à la recherche d'emploi, de l'emploi assisté, de la prise en charge personnalisée et d'autres interventions destinées aux patients en traitement de substitution. Plusieurs études ont obtenu des résultats encourageants concernant les mesures de l'impact, notamment le taux d'emploi, le revenu et l'utilisation de la protection sociale (OEDT, 2012b). Il n'a toutefois pas été possible de recenser des interventions qui débouchent régulièrement sur des résultats positifs. En outre, les différences quant aux approches, aux populations étudiées, aux résultats évalués et le manque de renouvellement empêchent de tirer des conclusions nettes de l'efficacité globale de ces mesures (Foley e.a., 2010). De plus, les résultats disponibles sont centrés presque exclusivement sur les interventions de réinsertion sociale des consommateurs d'opiacés, alors que l'on ne s'occupe pas encore de façon systématique des besoins des patients en traitement qui consomment d'autres drogues.

Le travail et les autres activités qui favorisent le sentiment d'inclusion et offrent des possibilités de contact social peuvent aider à prévenir les chutes et rechutes chez les usagers de drogue (McIntosh e.a., 2008). Dans certains pays européens, des entreprises sociales tentent, en association avec des coopératives de «travail de récupération», d'offrir une transition entre le traitement et l'insertion professionnelle à part entière (Belgique, République tchèque, Espagne, Lettonie et Finlande). Ces petites entreprises situées dans la communauté locale aident les personnes à entrer ou à retourner sur le marché du travail tout en mettant l'accent sur le soutien, le service communautaire et la participation à la vie de la communauté. D'autres interventions spécialisées permettent, quand elles sont intégrées au traitement de la toxicomanie et aux programmes de réinsertion, d'augmenter la probabilité de résultats positifs. Certaines d'entre elles aident les membres de groupes difficiles à placer, à l'image des usagers de drogue délinquants ou de ceux qui ont des problèmes de santé mentale (OEDT, 2012b). Néanmoins, même quand ces programmes réussissent à enseigner des compétences d'employabilité, les usagers de drogue doivent réussir à concurrencer les autres candidats sur le marché du travail alors que de nombreux pays connaissent une période de chômage intense.

## Réduction des risques

Depuis l'apparition du VIH parmi les consommateurs de drogue voici plus de vingt-cinq ans, l'Europe a vu une

croissance et un renforcement des réponses de réduction des risques vis-à-vis de la consommation de drogue, ainsi que l'intégration croissante de ces réponses dans divers autres services de santé, de traitement et de prestations sociales. La réduction des risques répond maintenant aux besoins sanitaires et sociaux plus larges des usagers de drogue à problèmes, surtout s'ils sont socialement exclus. Les principales interventions de réduction des risques sont le traitement de substitution aux opiacés et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, qui ciblent les décès par surdose et la propagation des maladies infectieuses. Les approches complémentaires comprennent le travail de proximité, la promotion et l'éducation en matière de santé et la distribution de matériel d'injection autre que des aiguilles et des seringues. La réduction des risques couvre une grande diversité de comportements et de risques, y compris ceux liés à l'alcool et à l'usage récréatif de drogue (OEDT, 2010b).

En 2003, le Conseil européen a recommandé aux États membres de l'UE d'adopter une série de politiques et d'interventions afin de réduire les risques sanitaires liés à la toxicomanie <sup>(26)</sup>. Dans un rapport de suivi émis en 2007, la Commission européenne a confirmé que la prévention et la réduction des risques liés à la drogue formaient un objectif de santé publique dans tous les pays <sup>(27)</sup>. Les politiques antidrogue nationales

### **Insight sur l'amélioration de la participation des toxicomanes en traitement au marché du travail**

Une nouvelle publication de l'OEDT passe en revue les développements récents qui concernent la réinsertion sociale des usagers de drogue et les preuves de l'efficacité des interventions visant à accroître l'employabilité. Cette publication est conçue pour aider les décideurs politiques et les praticiens du domaine de la drogue à élaborer des stratégies efficaces pour promouvoir la réinsertion sociale des usagers de drogue.

### **«Question particulière» sur les usagers de drogue ayant des enfants**

Une «Question particulière» de l'OEDT publiée cette année se penche sur les usagers de drogue ayant des enfants. Voici quelques-uns des thèmes abordés dans cette publication: les options de traitement pour les toxicomanes enceintes; réduire les restrictions d'accès au traitement pour les parents toxicomanes ayant des enfants; les programmes de prévention ciblés sur les parents toxicomanes.

Ces publications sont disponibles en version papier et sur le site de l'OEDT en anglais uniquement.

<sup>(26)</sup> Recommandation 2003/488/CE du Conseil du 18 juin 2003.

<sup>(27)</sup> COM(2007) 199 final.

intègrent de plus en plus les objectifs de réduction des risques définis dans la stratégie antidrogue de l'UE; les divers pays sont maintenant largement d'accord sur l'importance que revêt la réduction de la propagation des maladies infectieuses, de la morbidité et de la mortalité liées aux surdoses, et d'autres risques.

Au cours des deux dernières décennies, les politiques de réduction des risques ont favorisé l'adoption d'approches fondées sur des données probantes et aidé à éliminer les obstacles à l'accès aux services. On a ainsi pu accroître sensiblement le nombre d'usagers de drogue qui sont en contact avec les services de santé et se soumettent à un traitement en Europe. Des interventions de réduction des risques pour les usagers de drogue existent à présent dans tous les États membres de l'UE et, même si certains pays n'en sont qu'au stade du développement de ces services, la plupart peuvent faire état d'un niveau élevé d'offre et de couverture.

Bien que les mesures de réduction des risques aient contribué au contrôle du VIH chez les usagers de drogue par injection en Europe, comme en atteste la diminution notable des déclarations de nouvelles infections, le HIV reste un problème de santé publique majeure; de nouvelles épidémies ont d'ailleurs été signalées <sup>(28)</sup>. En collaboration avec l'ECDC, l'OEEDT a émis des lignes directrices à l'intention des décideurs politiques dans le domaine des drogues et des maladies infectieuses. Ce document présente une synthèse des données probantes existantes concernant la prévention et le contrôle des maladies infectieuses chez les usagers de drogue par injection (ECDC et OEEDT, 2011). Ces lignes directrices communes visent à maximiser les possibilités pour l'Europe de prévenir, si pas la totalité, du moins la majorité des infections au VIH liées aux injections de drogue.

## Normes de qualité

L'étude EQUUS de la Commission européenne a eu pour but de dégager un consensus européen sur des normes minimales de qualité dans le domaine de la réduction de la demande de drogue. Le rapport final de 2012 a suggéré d'établir trente-trois normes minimales pour la prévention de l'usage de drogue, vingt-deux normes pour le traitement ou la réinsertion des usagers de drogue, et seize pour la réduction des risques en Europe <sup>(29)</sup>. Ces normes minimales s'appliquent à trois niveaux (intervention, services et système) appropriés aux différents besoins des praticiens, des gestionnaires de services et des planificateurs de politique.

L'étude EQUUS comprenait également un passage en revue, à l'aide d'experts de vingt-quatre pays européens, des normes de qualité déjà mises en œuvre au niveau national. Concernant les processus de traitement de la toxicomanie, les normes les plus fréquemment rapportées comme déjà mises en œuvre s'appliquaient à la confidentialité des données des patients et à l'évaluation de leur historique d'usage de drogue. En revanche, les normes relatives à la coopération régulière avec d'autres services et à la formation continue du personnel étaient moins souvent mises en œuvre. En matière de résultats des traitements, les deux types de normes les plus fréquemment rapportés comme mis en œuvre étaient ceux dont les objectifs étaient liés à l'amélioration de la santé et à la réduction de la consommation de drogue. Parmi les normes les moins susceptibles d'être appliquées figuraient celles mettant l'accent sur l'évaluation externe et le suivi de la fin de traitement, des problèmes ayant été signalés concernant la mise en œuvre de ces normes.

L'étude montre qu'il existe un large consensus autour d'un ensemble de normes minimales de qualité dans le domaine de la réduction de la demande de drogue en Europe. Elle peut former une base utile pour le suivi des évolutions futures en Europe. La liste complète des normes et des résultats de l'étude EQUUS est disponible sur le portail des meilleures pratiques.

## Répression antidrogue

La répression antidrogue constitue un volet important des politiques nationales et communautaires de lutte contre

### «Question particulière» sur les drogues et la prison

Les usagers de drogue représentent une partie considérable de la population carcérale et sont affectés de façon disproportionnée par les problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de drogue. L'assistance aux usagers de drogue en milieu carcéral existe en Europe et propose divers types d'interventions, de traitements et de services.

Une «Question particulière» sur le thème des drogues et de la prison que l'OEEDT a publiée cette année présente un aperçu européen actualisé de la consommation de drogue et des problèmes qu'elle pose aux détenus, de la santé et des conditions sociales de ceux-ci, ainsi que des interventions ciblées sur la consommation de drogue et ses conséquences.

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

<sup>(28)</sup> Voir l'encadré «Épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie» (chapitre 7).

<sup>(29)</sup> Le rapport final est disponible en ligne.



la drogue et englobe une large palette de mesures essentiellement mises en œuvre par la police et des institutions similaires (comme les douanes). La définition de priorités stratégiques et opérationnelles, une question importante pour les autorités répressives, est brièvement analysée ci-après. Un résumé des infractions liées à la drogue conclut la section.

### Définition des priorités stratégiques et opérationnelles

La plupart des infractions liées à la drogue sont des crimes sans victimes et font l'objet d'évaluations individuelles ou institutionnelles visant à déterminer si une enquête est justifiée et, dans l'affirmative, quelles doivent être la profondeur et la durée de l'enquête. Pour un service de police, il est impossible de travailler sur toutes les infractions liées à la drogue qui sont détectables, ce qui justifie l'application d'un certain degré de discrétion (Dvorsek, 2006). Le processus de définition des priorités est alimenté à la fois par les données des autorités répressives et l'«expérience d'enquête», c'est-à-dire les connaissances du personnel des autorités répressives. Toutefois, si les priorités des services répressifs ne sont pas toujours transparentes, elles ne sont pas arbitraires, car elles sont en général limitées par toute une gamme d'obligations légales et organisationnelles. À l'occasion, un service répressif peut être chargé d'enquêter sur un type précis d'infractions, comme celles impliquant des intermédiaires ou des grossistes du trafic de drogue, ou recevoir un mandat officiel pour se concentrer sur un domaine, tel que le recouvrement des avoirs d'origine criminelle. Dans d'autres circonstances, une drogue précise peut devenir prioritaire à cause des risques ou des problèmes d'ordre public qu'elle engendre, ou même en raison de l'intensité d'une couverture médiatique (Kirby e.a., 2010). La définition des priorités peut aussi être influencée par la nécessité d'obtenir de bons chiffres de performance (Stock et Kreuzer, 1998). Si les affaires ayant été visées par une enquête sont nombreuses, elles peuvent servir à souligner l'importance et l'urgence du problème de la drogue par rapport à d'autres menaces sur la sécurité et justifier la nécessité d'activités répressives spécifiques dans ce domaine. Dans tous les cas, la disponibilité de ressources humaines et financières facilite certaines options et en limite d'autres.

Les données servent à alimenter la définition des priorités stratégiques et opérationnelles, mais les priorités elles-mêmes influencent aussi les données qui seront recueillies et publiées (Stock et Kreuzer, 1998). Les saisies de drogues, par exemple, peuvent influencer le processus de définition des priorités mais aussi en

être l'un des résultats. La procédure judiciaire peut utiliser des informations sur l'importance des saisies comme indicateur de la gravité de l'infraction objet de la poursuite. En outre, un niveau élevé de saisies peut indiquer la nécessité d'enquêtes et de ressources supplémentaires. Il est généralement accepté que les chiffres des saisies sont surtout un indicateur de l'activité répressive et que leur interprétation demande la prise en compte du contexte dans lequel ils sont produits. Les saisies résultent des enquêtes proactives menées sur des suspects spécifiques ou, plus généralement, du positionnement des services répressifs à des endroits particuliers, tels que les ports et aéroports. En particulier, la surveillance clandestine et les opérations d'infiltration focalisées sur les livraisons de drogues illicites peuvent déboucher sur d'importantes saisies de drogues. Ce qui est moins clair, c'est la proportion de saisies de drogues qui résultent directement de la définition des priorités opérationnelles par rapport à la proportion de saisies dues au hasard.

Les données relatives aux infractions liées à la drogue (voir la section suivante) peuvent être considérées comme des indicateurs directs de l'activité répressive, puisqu'elles font référence aux crimes sans victimes, qui ne sont généralement pas signalés par les victimes potentielles. Ces données sont souvent considérées comme des indicateurs indirects de la consommation de drogue et du trafic de drogue, bien qu'elles n'incluent que les activités qui ont été portées à la connaissance des autorités répressives. Pour bien interpréter les données des autorités répressives, qu'elles portent sur les infractions liées à la drogue, sur les arrestations ou sur les saisies, il importe donc de prendre en compte les processus sous-jacents de définition des priorités stratégiques et opérationnelles, ainsi que leurs conséquences.

### Infractions liées à la drogue

En Europe, les rapports préliminaires de contravention à la législation antidrogue, généralement établis par les services de police, sont les seules données de routine disponibles sur la criminalité liée à la drogue <sup>(30)</sup>. Ces rapports font généralement état d'infractions liées à la consommation de drogue (consommation et possession pour usage personnel) ou à la fourniture de drogue (production, trafic et vente), bien que d'autres types d'infractions puissent également être signalés (en rapport avec les précurseurs de drogues) dans certains pays. Ces données peuvent également refléter des différences nationales en termes de législation, de priorités et de ressources. Par ailleurs, les systèmes nationaux

<sup>(30)</sup> Pour une discussion des rapports entre drogue et criminalité et une définition de la notion d'«infraction liée à la drogue», voir OEDT (2007b).

d'information différent en Europe, en particulier en ce qui concerne les méthodes d'enregistrement et de déclaration. De ce fait, il est difficile d'établir des comparaisons pertinentes entre les pays et il est préférable de comparer des tendances plutôt que des chiffres absolus.

Dans l'ensemble, la tendance à la hausse du nombre d'infractions à la législation antidrogue signalées s'est ralentie depuis 2009. Tiré à partir des données fournies par vingt-deux États membres représentant 93 % de la population de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, un indice européen fait apparaître que le nombre d'infractions à la législation antidrogue signalées a augmenté d'environ 15 % entre 2005 et 2010, avec une stabilisation de la tendance depuis 2008. Si l'on tient compte de tous les pays déclarants, les données révèlent une tendance à la hausse dans dix-neuf pays et un recul global dans sept pays au cours de la période considérée <sup>(31)</sup>.

### Infractions liées à la consommation et à la fourniture de drogues

L'équilibre entre les infractions liées à la consommation et celles liées à l'offre a peu évolué par rapport aux années précédentes. En 2010, dans la plupart des pays européens (vingt-deux), la majorité des infractions liées à la drogue concernaient l'usage ou la détention de drogues pour consommation personnelle, l'Espagne, la France, la Hongrie, l'Autriche et la Turquie déclarant les chiffres les plus élevés (entre 85 et 93 %) <sup>(32)</sup>.

Entre 2005 et 2010, on a relevé en Europe une augmentation estimée à 19 % du nombre d'infractions liées à la consommation de drogue. Certaines différences entre pays peuvent être observées dans la présente analyse, le nombre d'infractions liées à la consommation ayant augmenté dans dix-huit pays et diminué dans sept autres pays pendant cette période. On notera cependant une diminution générale du nombre des infractions liées à la consommation de drogue dans les données les plus récentes (2009-2010) (voir le graphique 3). Selon les estimations, les infractions liées à l'offre de drogue ont augmenté d'environ 17 % pendant la période 2005-2010 dans l'Union européenne. Au cours de cette période, le nombre d'infractions liées à l'offre de drogue a connu une augmentation dans vingt pays et une baisse globale en Allemagne, en Estonie, aux Pays-Bas, en Autriche et en Pologne <sup>(33)</sup>.

### COSI: le comité permanent de coopération opérationnelle en matière de sécurité intérieure

À l'échelon européen, la définition des priorités en matière de répression opérationnelle relève de la compétence du comité permanent de coopération opérationnelle en matière de sécurité intérieure (COSI) du Conseil et repose sur les évaluations des menaces de la criminalité organisée que réalise Europol <sup>(1)</sup>. Le COSI a été institué en 2010 dans le cadre du traité de Lisbonne et mis en place par une décision du Conseil (Conseil de l'Union européenne, 2009). Ce comité, où siègent de hauts fonctionnaires des ministères de l'intérieur des États membres et des représentants de la Commission, est investi d'une vaste mission: faciliter, promouvoir et renforcer la coordination des actions opérationnelles des autorités compétentes en matière de sécurité intérieure.

Les tâches fondamentales du COSI incluent le développement, le suivi et la mise en œuvre de la stratégie de sécurité intérieure, ainsi que l'appui à la mise en œuvre d'un cycle politique pluriannuel pour répondre aux principales menaces criminelles pesant sur l'Union européenne grâce à une coopération accrue entre les autorités répressives des États membres, les institutions et les agences de l'UE. Avec le soutien du COSI, le Conseil a récemment adopté huit priorités politiques pour la période 2011-2013, dont trois concernent la répression antidrogue. L'une de ces priorités consiste à réduire la production et la distribution dans l'Union européenne de drogues de synthèse, notamment de nouvelles substances psychoactives. Dans le plan d'action opérationnel qui y correspond, Europol et l'OEDT ont été chargés d'établir un suivi régulier du démantèlement des structures du trafic de drogues de synthèse en Europe. Le prochain cycle politique, pour la période 2013-2017, sera fondé sur l'évaluation que réalisera l'UE en 2013 de la menace que représentent les formes graves de criminalité organisée.

<sup>(1)</sup> La définition des priorités européennes dans le domaine de la politique antidrogue incombe au groupe horizontal «Drogue».

### Tendances par drogue

Le cannabis reste la drogue illicite le plus souvent mentionnée dans les infractions liées à la drogue déclarées en Europe <sup>(34)</sup>. Dans la majorité des pays européens, les infractions liées au cannabis représentaient entre 50 et 90 % des cas signalés d'infractions à la législation antidrogue en 2010. Les infractions liées à d'autres drogues sont supérieures à celles liées au cannabis dans quatre pays seulement: la République tchèque et la Lettonie, avec la méthamphétamine (54 et 34 %, respectivement),

<sup>(31)</sup> Voir le graphique DLO-1 et le tableau DLO-1 du bulletin statistique 2012.

<sup>(32)</sup> Voir le tableau DLO-2 du bulletin statistique 2012.

<sup>(33)</sup> Voir le graphique DLO-1 et le tableau DLO-5 du bulletin statistique 2012.

<sup>(34)</sup> Voir le tableau DLO-3 du bulletin statistique 2012.

et la Lituanie et Malte, avec l'héroïne (34 et 30 %, respectivement).

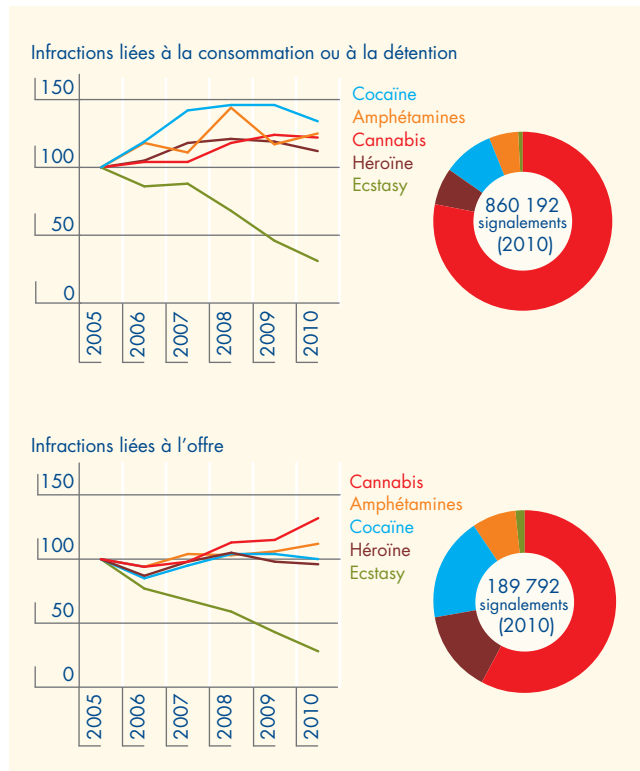
Entre 2005 et 2010, le nombre d'infractions liées au cannabis a augmenté dans quinze pays déclarants, ce qui s'est traduit par une hausse estimée à 20 % pour l'Union européenne. Des tendances à la baisse ont été constatées en Allemagne, en Italie, à Malte, aux Pays-Bas et en Autriche <sup>(35)</sup>.

Au cours de la période 2005-2010, les infractions liées à la cocaïne ont augmenté dans onze pays déclarants, alors que l'Allemagne, la Grèce, l'Autriche et la Croatie ont observé une tendance à la baisse. Dans l'Union européenne, globalement, les infractions liées à la cocaïne ont progressé dans une proportion estimée à environ 12 % au cours de la même période, mais ont reculé au cours des deux dernières années <sup>(36)</sup>.

Le recul du nombre d'infractions liées à l'héroïne observé en 2009 s'est poursuivi en 2010. Pour ce type d'infractions, la moyenne de l'UE est restée relativement stable dans l'ensemble, avec une augmentation estimée à 7 % pendant la période 2005-2010. Le nombre d'infractions liées à l'héroïne a diminué dans plus de la moitié des pays déclarants (douze), tandis qu'une hausse globale a été observée dans neuf autres pays pendant la même période <sup>(37)</sup>.

Le nombre d'infractions déclarées liées aux amphétamines dans l'Union européenne a connu une augmentation estimée à 24 % entre 2005 et 2010, bien que cette tendance semble s'être stabilisée au cours des deux dernières années. En revanche, le nombre d'infractions liées à l'ecstasy a chuté, selon les estimations, de deux tiers sur la même période (chute de 71 %).

**Graphique 3 — Rapports de signalement des infractions liées à la consommation ou à la détention de drogue et à l'offre de drogue dans les États membres de l'UE: tendances indexées pour la période 2005 à 2010 et ventilation par drogue des signalements en 2010**



**NB:** Les tendances représentent les informations disponibles sur le nombre national de rapports de signalement d'infractions liées à la drogue (passibles de poursuites pénales ou non) déclarés dans les États membres de l'UE; toutes les séries sont indicées en base 100 pour 2005 et pondérées par la taille de la population nationale pour dégager une tendance globale pour l'UE. Pour de plus amples informations, voir les graphiques DLO-4 et DLO-5 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

## Eurojust: coopération judiciaire dans l'Union européenne

Les réseaux criminels organisés n'ayant cure des frontières, les pays doivent travailler en coopération afin de veiller à ce que les criminels soient arrêtés et poursuivis où qu'ils se trouvent. Eurojust, l'agence européenne pour le renforcement de la coopération judiciaire, a été créée en 2002 afin de gérer cette situation. Elle représente la dernière étape d'un processus historique qui a vu la coopération judiciaire dans l'Union européenne évoluer d'un concept purement intergouvernemental à un champ d'interaction plus direct entre les autorités judiciaires.

Le rôle d'Eurojust, pour les affaires criminelles transfrontalières, est de faciliter et de coordonner: les échanges d'informations, les équipes d'enquête commune, les livraisons contrôlées,

l'exécution des mandats d'arrêt européens, le transfert de preuves ou de poursuites pénales, la mise en œuvre de demandes d'entraide judiciaire, la prévention et la résolution des conflits de juridiction et le recouvrement d'avoirs au niveau international. Selon une analyse récente, le trafic de drogue est la forme de criminalité la plus courante dans le travail par affaires d'Eurojust, avec environ un cinquième des affaires enregistrées (Eurojust, 2012). En 2011, 242 affaires de trafic de drogue ont été renvoyées à Eurojust, et huit équipes d'enquête commune ont déployé des activités dans ce domaine. L'analyse des données montre que les États membres le plus souvent impliqués dans une coopération judiciaire relative à un trafic de drogue sont les Pays-Bas et l'Espagne, suivis de loin par l'Italie, l'Allemagne et la France.

<sup>(35)</sup> Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-6 du bulletin statistique 2012.

<sup>(36)</sup> Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-8 du bulletin statistique 2012.

<sup>(37)</sup> Voir le graphique DLO-3 et le tableau DLO-7 du bulletin statistique 2012.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## Chapitre 3 Cannabis

### Introduction

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

### Offre et disponibilité

#### Production et trafic

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

La culture du cannabis est répandue en Europe et semble en hausse. Les vingt-neuf pays européens qui fournissent des informations à l'OEDT ont fait état d'une culture domestique de cannabis, bien que l'ampleur et la

**Tableau 2 – Saisies, prix et puissance du cannabis végétal et de la résine de cannabis**

	Résine de cannabis	Cannabis végétal	Plants de cannabis <sup>(1)</sup>
<b>Quantité totale saisie dans le monde</b>	1 136 tonnes	6 251 tonnes	Pas d'application
<b>Quantité saisie UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)</b>	534 tonnes (563 tonnes)	62 tonnes (106 tonnes)	3,1 millions de plants et 35 tonnes (3,1 millions de plants et 35 tonnes) <sup>(2)</sup>
<b>Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)</b>	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
<b>Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme)</b>			
<b>Intervalle (Intervalle interquartile) <sup>(3)</sup></b>	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	Pas d'application
<b>Puissance moyenne (teneur en THC – %)</b>			
<b>Intervalle (Intervalle interquartile) <sup>(3)</sup></b>	1-12 (4,5-10,0)	1-17 (5,1-8,0)	Pas d'application

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

<sup>(2)</sup> Les Pays-Bas représentaient la moitié du nombre total de plants de cannabis saisis en 2010. Les chiffres ne sont pas complets mais peuvent être considérés comme une indication raisonnable.

<sup>(3)</sup> Intervalle contenant la moitié médiane des données déclarées.

NB: Toutes les données se rapportent à 2010; «Pas d'application» peut aussi signifier «Données non disponibles».

Sources: ONU DC (2012) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

nature du phénomène semblent très variables. Une part importante du cannabis consommé en Europe pourrait toutefois résulter d'un trafic intrarégional. Selon une analyse récente de l'OEDT, la Suisse et la Russie sont également signalées comme des sources de cannabis végétal disponible en Europe. En outre, l'Albanie et, dans une moindre mesure, le Kosovo <sup>(38)</sup>, l'ancienne République yougoslave de Macédoine et la Serbie sont d'importants fournisseurs du cannabis végétal saisi dans le centre et le sud-est de l'Europe (OEDT, 2012a).

Une certaine quantité de cannabis végétal consommé en Europe est également importée, essentiellement d'Afrique (en particulier d'Afrique du Sud) et, dans une moindre mesure, d'Amérique (en particulier des îles Caraïbes) (OEDT, 2012a).

Une étude récente suggère que l'Afghanistan aurait remplacé le Maroc comme premier producteur de résine de cannabis au monde. La production afghane de résine de cannabis est estimée entre 1 200 et 3 700 tonnes par an (ONUDD, 2011a). Bien qu'une partie de la résine de cannabis produite en Afghanistan soit vendue en Europe, il est probable que le Maroc reste le principal fournisseur de cette drogue en Europe. La résine de cannabis produite au Maroc est introduite clandestinement en Europe via la péninsule Ibérique, les Pays-Bas et la Belgique jouant le rôle de centre secondaire de distribution et de stockage. Des rapports récents donnent à penser que de la résine marocaine transite par l'Estonie, la Lituanie et la Finlande pour déboucher en Russie.

### Saisies

En 2010, on estime à 6 251 tonnes de cannabis végétal et à 1 136 tonnes de résine de cannabis les volumes saisis à l'échelle mondiale (voir le tableau 2), ce qui constitue une situation globalement stable par rapport à l'année précédente. L'Amérique du Nord reste en tête en ce qui concerne les saisies de cannabis végétal (69 %), alors que les saisies de résine restent concentrées en Europe occidentale et centrale (47 %) (ONUDD, 2012).

Le nombre de saisies de cannabis végétal effectuées en Europe augmente régulièrement depuis 2005; les 382 000 saisies estimées pour 2010 dépassent pour la première fois le nombre de saisies de résine de cannabis (voir le tableau 2). En 2010, on estime à 106 tonnes le volume de cannabis végétal saisi, la Turquie en ayant

saisi près de la moitié (44 tonnes), un chiffre record <sup>(39)</sup>. Des tendances divergentes sont observées, la quantité de cannabis végétal saisie entre 2005 et 2010 restant relativement stable dans l'Union européenne alors qu'elle a quadruplé en Turquie.

En 2010, après avoir régulièrement augmenté pendant une décennie, le nombre de saisies de résine de cannabis est retombé à 358 000. La quantité de résine de cannabis saisie a globalement diminué au cours des dix dernières années, atteignant un nouveau seuil en 2010 avec une estimation de 563 tonnes saisies. Les quantités de résine de cannabis récupérées continuent à dépasser largement celles de cannabis végétal <sup>(40)</sup>. En 2010, comme les années précédentes, la moitié du nombre total de saisies de résine de cannabis et environ les deux tiers des quantités saisies sont à porter au crédit de l'Espagne.

Les saisies de plants de cannabis sont en augmentation depuis 2005, atteignant environ 37 000 cas en 2010. Les pays font état de la quantité saisie soit en termes de nombre estimé de plants, soit à l'aide d'une estimation du poids. En Europe, les saisies déclarées en nombre de plants sont restées stables, soit environ 2,5 millions sur la période 2005-2007 <sup>(41)</sup>; les tendances en 2008 et 2009 ne peuvent être déterminées en raison du manque de données fiables en provenance des Pays-Bas, un pays qui déclare habituellement de grandes quantités. En 2010, selon les estimations, ce pays représentait plus de la moitié des 3,1 millions de plants dont la saisie avait été déclarée en Europe, suivi par le Royaume-Uni. Le poids des plants saisis a triplé entre 2005 et 2008, avant de redescendre légèrement à 35 tonnes en 2010, dont la majeure partie est toujours imputable à l'Espagne (27 tonnes) et à la Bulgarie (4 tonnes).

### Puissance et prix

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

<sup>(38)</sup> Cette désignation est utilisée sans préjudice des positions sur le statut du pays et est conforme à la résolution 1244 du Conseil de sécurité des Nations unies et à l'avis de la Cour internationale de justice sur la déclaration d'indépendance du Kosovo.

<sup>(39)</sup> Les données relatives aux saisies de drogue en Europe citées dans ce chapitre figurent dans les tableaux SZR-1 à SZR-6 du bulletin statistique 2012.

<sup>(40)</sup> En raison des différences de taille des cargaisons et des distances parcourues, ainsi que de la nécessité de franchir des frontières internationales, le risque de saisie de la résine de cannabis pourrait être plus important que celui du cannabis végétal produit à l'intérieur même des pays.

<sup>(41)</sup> L'analyse ne tient pas compte des saisies effectuées par la Turquie, car les données y afférentes n'ont pas été déclarées depuis 2005. Les données relatives aux années antérieures indiquaient des saisies substantielles en Turquie (20 millions de plants de cannabis saisis en 2004).



cette raison, d'interpréter les données sur la puissance avec prudence.

En 2010, la teneur moyenne déclarée en THC de la résine de cannabis allait de 1 à 12 %. La puissance moyenne du cannabis végétal (y compris la sinsemilla, la forme de cannabis végétal la plus puissante) était comprise entre 1 et 16,5 %. La puissance moyenne de la sinsemilla n'a été fournie que par trois pays: 8 % en Suède, 11 % en Allemagne et 16,5 % aux Pays-Bas. Au cours de la période 2005-2010, la puissance moyenne de la résine de cannabis a été variable dans les quinze pays déclarant des données suffisantes. La puissance du cannabis végétal est restée relativement stable ou a baissé dans dix pays, et a augmenté en Bulgarie, en Estonie, en France, en Italie, en Slovaquie et en Finlande. Entre 2005 et 2010, la puissance de la sinsemilla est restée stable en Allemagne et a légèrement diminué aux Pays-Bas (42).

Le prix de vente moyen au détail de la résine de cannabis en 2010 oscillait entre 3 et 17 euros le gramme dans les vingt-six pays fournissant des informations à ce sujet, dont quatorze ont fait état de prix compris entre 7 et 10 euros. Le prix moyen au détail du cannabis végétal se situait entre 3 et 25 euros le gramme dans les vingt-trois pays fournissant des informations, dont treize rapportaient des prix compris entre 6 et 10 euros. Au cours de la période 2005-2010, le prix moyen au détail de la résine de cannabis et du cannabis végétal est resté stable ou a augmenté dans la plupart des pays fournissant des données.

### Parts de marché estimées des produits à base de cannabis

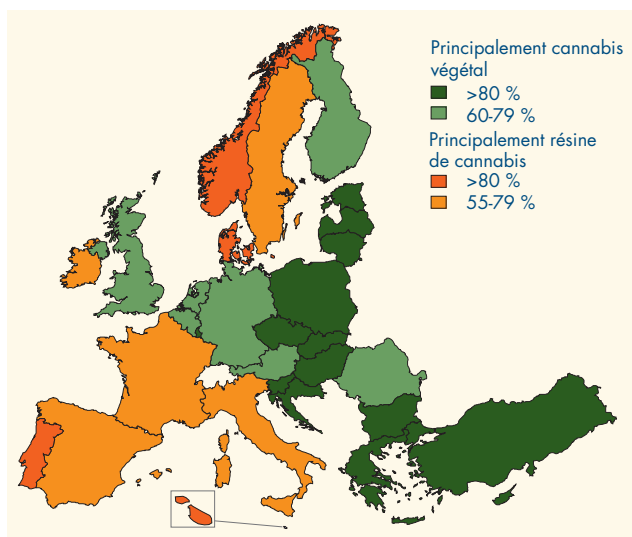
Diverses sources de données indiquent une prédominance du cannabis végétal dans l'ensemble de l'Europe en 2009. Il apparaît que le cannabis végétal est le produit à base de cannabis le plus consommé dans deux tiers des trente pays déclarants, tandis que la résine de cannabis est le produit le plus prisé dans le tiers restant (voir le graphique 4). Ces parts de marché semblent être restées stables dans le temps dans certains pays, où elles peuvent refléter des habitudes de consommation de longue date; dans d'autres pays, ces parts de marché ont récemment évolué (OEDT, 2012a).

## Prévalence et modes de consommation

### Consommation de cannabis dans la population générale

Selon une estimation prudente, le cannabis a été consommé au moins une fois (prévalence au cours de la vie) par environ 80,5 millions d'Européens, soit près d'un

**Graphique 4** — Parts de marché estimées des produits à base de cannabis consommés en Europe en 2008-2009



Source: OEDT, 2012a.

quart de l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans (voir le tableau 3 pour un résumé des données). Il existe des écarts considérables d'un pays à l'autre, avec des chiffres nationaux de prévalence oscillant entre 1,6 et 32,5 %. La plupart des pays rapportent des estimations de la prévalence comprises entre 10 et 30 % pour l'ensemble de la population adulte.

On estime à 23 millions le nombre d'Européens ayant consommé du cannabis au cours de la dernière année, soit en moyenne 6,8 % de la population âgée de 15 à 64 ans. Les estimations relatives à la prévalence au cours du dernier mois tiennent compte des personnes consommant du cannabis plus régulièrement, mais pas nécessairement chaque jour ou de manière intensive. On estime ainsi qu'environ 12 millions d'Européens ont consommé cette drogue au cours du dernier mois, soit une moyenne d'environ 3,6 % de la population âgée de 15 à 64 ans.

### Consommation de cannabis chez les jeunes adultes

La consommation de cannabis est essentiellement le fait de jeunes adultes (15 à 34 ans), la prévalence la plus élevée de la consommation au cours de la dernière année étant généralement observée chez les 15 à 24 ans (43).

Les données des enquêtes de population suggèrent qu'en moyenne, 32,5 % des jeunes adultes européens (15 à 34 ans) ont un jour pris du cannabis, contre 12,4 % qui en ont également consommé au cours des douze derniers

(42) Voir les tableaux PPP-1 et PPP-5 du bulletin statistique 2012 pour les données relatives à la puissance et au prix. Pour les définitions des produits à base de cannabis, voir le glossaire en ligne.

(43) Voir le graphique GPS-1 du bulletin statistique 2012.

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

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Au cours de la vie	Dernière année	Dernier mois
<b>15-64 ans</b>			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	80,5 millions	23 millions	12 millions
Moyenne européenne	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Plage de données	1,6-32,5 %	0,3-14,3 %	0,1-7,6 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (1,6 %) Bulgarie (7,3 %) Hongrie (8,5 %) Grèce (8,9 %)	Roumanie (0,3 %) Grèce (1,7 %) Hongrie (2,3 %) Bulgarie, Pologne (2,7 %)	Roumanie (0,1 %) Grèce, Pologne (0,9 %) Suède (1,0 %) Lituanie, Hongrie (1,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Danemark (32,5 %) Espagne, France (32,1 %) Italie (32,0 %) Royaume-Uni (30,7 %)	Italie (14,3 %) Espagne (10,6 %) République tchèque (10,4 %) France (8,4 %)	Espagne (7,6 %) Italie (6,9 %) France (4,6 %) République tchèque, Pays-Bas (4,2 %)
<b>15-34 ans</b>			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	42,5 millions	16 millions	8,5 millions
Moyenne européenne	32,5 %	12,4 %	6,6 %
Plage de données	3,0-49,3 %	0,6-20,7 %	0,2-14,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (3,0 %) Grèce (10,8 %) Bulgarie (14,3 %) Pologne (16,1 %)	Roumanie (0,6 %) Grèce (3,2 %) Pologne (5,3 %) Hongrie (5,7 %)	Roumanie (0,2 %) Grèce (1,5 %) Pologne (1,9 %) Suède, Norvège (2,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (49,3 %) France (45,1 %) Danemark (44,5 %) Espagne (42,4 %)	République tchèque (20,7 %) Italie (20,3 %) Espagne (19,4 %) France (17,5 %)	Espagne (14,1 %) Italie (9,9 %) France (9,8 %) République tchèque (8,0 %)
<b>15-24 ans</b>			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	18 millions	9,5 millions	5 millions
Moyenne européenne	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Plage de données	3,0-52,2 %	0,9-23,9 %	0,5-17,2 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (3,0 %) Grèce (9,0 %) Chypre (14,4 %) Portugal (15,1 %)	Roumanie (0,9 %) Grèce (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slovénie, Suède (7,3 %)	Roumanie (0,5 %) Grèce (1,2 %) Suède (2,2 %) Norvège (2,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	République tchèque (52,2 %) Espagne (39,1 %) France (38,1 %) Danemark (38,0 %)	Espagne (23,9 %) République tchèque (23,7 %) Italie (22,3 %) France (20,8 %)	Espagne (17,2 %) France (11,8 %) Italie (11,0 %) Royaume-Uni (9,0 %)
NB: Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (338 millions), 15-34 ans (130 millions) et 15-24 ans (61 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2012.			

mois et 6,6 % au cours des trente derniers jours. On estime qu'une part plus importante encore d'Européens âgés de 15 à 24 ans a consommé du cannabis au cours de l'année écoulée (15,4 %) ou du dernier mois (7,8 %). Les estimations nationales en matière de prévalence de la consommation de cannabis varient fortement d'un pays à l'autre, quel que soit le critère utilisé (voir le tableau 3).

La consommation de cannabis est généralement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. À titre d'exemple, le ratio hommes/femmes chez les jeunes adultes déclarant avoir pris du cannabis au cours des douze derniers mois va d'un peu plus de six hommes pour une femme au Portugal à un peu moins de un en Norvège<sup>(44)</sup>.

(44) Voir le tableau GPS-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2012.



### Comparaisons internationales

Les chiffres en provenance d'Australie, du Canada et des États-Unis sur la consommation de cannabis chez les jeunes adultes au cours de la vie et au cours des douze derniers mois sont tous supérieurs aux moyennes européennes, qui se situent respectivement à 32,5 et 12,4 %. Ainsi, au Canada (2010), la prévalence au cours de la vie de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes s'établit à 50,4 % et la prévalence au cours des douze derniers mois à 21,1 %. Aux États-Unis, l'enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé (Samsha, 2010) estimait à 52,1 % la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie (chez les 16-34 ans, prévalence recalculée par l'OEDT) et à 24,5 % la prévalence au cours des douze derniers mois, alors qu'en Australie (2010), les chiffres étaient de 43,3 et 19,3 % pour les jeunes adultes.

### Tendances de la consommation de cannabis

À la fin des années 1990 et au début des années 2000, un grand nombre de pays européens déclaraient une hausse de la consommation de cannabis, tant dans les enquêtes de population que dans celles réalisées en milieu scolaire. Depuis lors, de nombreux pays ont fait état d'une tendance à la stabilisation, voire à la diminution de la consommation de cannabis <sup>(45)</sup>.

Alors que la quasi-totalité des pays européens ont réalisé des enquêtes de population ces dernières années, seize seulement ont fourni des données suffisantes pour permettre une analyse des tendances de la consommation de cannabis sur une plus longue période. Parmi ces seize pays, cinq (Bulgarie, Grèce, Hongrie, Suède et Norvège) ont toujours déclaré une faible prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les 15-34 ans, se situant à des niveaux inférieurs à 10 %.

Six autres pays (Danemark, Allemagne, Estonie, Irlande, Slovaquie et Finlande) ont constaté des niveaux de prévalence plus élevés mais ne dépassant pas 15 % dans leur dernière enquête. Le Danemark, l'Allemagne et l'Irlande ont fait état de hausses sensibles de la consommation de cannabis dans les années 1990 et au début des années 2000, suivies d'une tendance de plus en plus stable ou d'une diminution. Les augmentations de la consommation observées en Estonie et en Finlande depuis les dix dernières années ou plus ne montrent pas de signe de stabilisation.

La République tchèque, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni ont tous, à un moment au cours des dix

dernières années, rendu compte d'une consommation au cours des douze derniers mois de 20 % et plus chez les jeunes adultes. Parmi ces pays, les schémas de prévalence ont commencé à diverger à partir du milieu des années 2000. En effet, l'Espagne et la France ont relevé des tendances généralement stables, tandis que l'Italie a fait état d'une augmentation en 2008 et que le Royaume-Uni a observé des diminutions sensibles, la prévalence de la consommation de cannabis au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes y correspondant maintenant à la moyenne de l'UE.

En 2010/2011, sept pays ont rapporté des données de nouvelles enquêtes, qui ont permis une certaine analyse des tendances récentes en matière de consommation de cannabis. Comparativement à leur enquête précédente, qui avait été conduite entre un et cinq ans plus tôt, six de ces pays ont fait état de niveaux relativement stables de prévalence de la consommation au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes, et un pays (Finlande) a rendu compte d'une augmentation.

### Modes de consommation du cannabis

Les données disponibles indiquent des modes de consommation variés du cannabis, allant d'une consommation expérimentale à une dépendance. De nombreux individus ne prennent du cannabis qu'une ou deux fois, tandis que d'autres en consomment occasionnellement ou pendant une courte période. La perception du risque joue un rôle dans les modes de consommation. Notons à ce sujet qu'une enquête d'attitude menée à l'échelon européen a montré que la majorité (91 %) des jeunes Européens étaient conscients des risques pour la santé associés à la consommation régulière de cannabis, même s'ils étaient moins nombreux (52 %) à percevoir un risque pour la santé en cas de consommation occasionnelle.

Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, 70 % ne l'ont pas fait au cours de l'année écoulée <sup>(46)</sup>. Parmi les personnes qui ont consommé cette substance au cours des douze derniers mois, en moyenne, près de la moitié l'a fait au cours du dernier mois, ce qui pourrait être le signe d'une consommation plus régulière. Ces pourcentages varient toutefois sensiblement d'un pays à l'autre et entre les hommes et les femmes. Les niveaux de prévalence de la consommation de cannabis qui sont largement supérieurs à la moyenne européenne se retrouvent dans certains groupes de jeunes, par exemple ceux qui fréquentent certains lieux de vie nocturne ou les discothèques. La consommation de cannabis est

<sup>(45)</sup> Voir le graphique GPS-4 (partie ii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(46)</sup> Voir le graphique GPS-2 du bulletin statistique 2012.

également souvent associée à une forte consommation d'alcool. En effet, chez les jeunes adultes (15 à 34 ans), de manière générale, il était deux à six fois plus probable que des personnes consommant fréquemment ou beaucoup d'alcool déclarent consommer du cannabis que ce n'est le cas dans la population en général.

Les types de produits à base de cannabis et leurs modes de consommation peuvent être associés à des risques différents. L'utilisateur qui a recours à des modes de consommation conduisant à la prise de doses supérieures court plus de risques de développer une dépendance ou d'autres problèmes (OEDT, 2008). Parmi ces pratiques, on peut citer la consommation de cannabis à très forte teneur en THC ou en grandes quantités et l'inhalation au moyen d'une pipe à eau. Les enquêtes établissent rarement une distinction entre les différents types de consommation du cannabis. Néanmoins, l'enquête britannique 2009-2010 sur la criminalité a estimé qu'environ 12,3 % des adultes (15 à 59 ans) avaient un jour consommé ce qu'ils pensaient être du «skunk» (l'appellation populaire d'une forme généralement très puissante de cette drogue). Alors que des proportions similaires de consommateurs de cannabis déclaraient avoir consommé du cannabis végétal dans leur vie (50 %) et de la résine de cannabis (49 %), les personnes ayant consommé la drogue au cours des douze derniers mois étaient plus susceptibles d'avoir consommé du cannabis végétal (71 %) que de la résine (38 %) (Hoare et Moon, 2010). Les données des enquêtes réalisées auprès de la population générale dans dix-sept pays<sup>(47)</sup> et représentant près de 80 % de la population adulte de l'Union européenne et de la Norvège indiquent qu'un peu plus de 40 % des consommateurs de cannabis déclarant en avoir consommé au cours du dernier mois l'avaient fait pendant un à trois jours. On peut estimer qu'environ 1 % des adultes (15 à 64 ans) dans l'Union européenne et en Norvège, soit quelque 3 millions de personnes<sup>(48)</sup>, sont des consommateurs quotidiens ou quasi quotidiens de cannabis (prévalence par pays entre 0,1 et 2,6 %). Environ les trois quarts de ces consommateurs sont de jeunes adultes dont l'âge est compris entre 15 et 34 ans. Dans cette tranche d'âge, les hommes sont environ 3,5 fois plus susceptibles que les femmes d'être des consommateurs quotidiens de cannabis. Sur les onze pays, représentant 70 % de la population de l'UE, pour lesquels il est possible de déterminer les tendances en matière d'utilisation intensive de cannabis, neuf déclarent une situation stable depuis environ l'année 2000<sup>(49)</sup>. Dans les deux pays restants, des changements ont été observés sur des périodes de

cinq à six ans: le Royaume-Uni semble avoir observé une diminution de la consommation intensive de cannabis, tandis que le Portugal a déclaré une augmentation en 2007.

La dépendance au cannabis est de plus en plus reconnue comme l'une des conséquences possibles d'une consommation régulière de cette substance, même chez les jeunes usagers, et le nombre de personnes demandant de l'aide en raison de leur consommation de cannabis est en hausse dans certains pays européens (voir ci-dessous). Néanmoins, certains usagers de cannabis — en particulier les consommateurs intensifs — peuvent rencontrer des difficultés sans nécessairement répondre aux critères cliniques de la dépendance.

### Consommation de cannabis chez les élèves

L'enquête ESPAD 2011 (Hibell e.a., 2012) a rassemblé des informations sur les modes et les tendances de

#### Rapport ESPAD 2011: enquête européenne en milieu scolaire sur la consommation de substances

Le projet européen ESPAD offre régulièrement des instantanés sur les niveaux de consommation de drogues, les tendances et les attitudes en la matière des élèves de 15 et 16 ans de toute l'Europe.

Réalisée tous les quatre ans, cette enquête normalisée fournit des données comparables sur la consommation de drogues illicites, d'alcool, de cigarettes et d'autres substances par les élèves. Elle rend également compte de la disponibilité perçue, de l'âge de la première consommation de ces substances et de la perception des risques et des dangers.

L'édition de 2011 (Hibell e.a., 2012) a interrogé des étudiants nés en 1995 et issus de trente-six pays européens, dont vingt-six des trente pays couverts par l'OEDT. Pour la première fois, des méthodes statistiques ont été utilisées pour déterminer si les différences sont significatives (niveau de 95 %), cela à la fois entre les enquêtes 2011 et 2007 et entre les garçons et les filles. Dans les rapports ESPAD précédents, seules les différences d'au moins 4 % étaient jugées significatives.

Les conclusions de l'enquête ESPAD sur la consommation de cannabis sont examinées dans ce chapitre. Le cas échéant, les résultats d'enquêtes comparables réalisées en Espagne et au Royaume-Uni sont également présentés. Les conclusions relatives à la consommation d'ecstasy, d'amphétamines et de cocaïne figurent dans les chapitres suivants.

<sup>(47)</sup> Enquêtes réalisées entre 2003 et 2011 au moyen de méthodologies et contextes divers. Voir les tableaux GPS-10 et GPS-121 du bulletin statistique 2012.

<sup>(48)</sup> Cette valeur est une estimation minimale en raison des sous-déclarations dans les enquêtes, du fait que certaines populations de consommateurs intensifs de cannabis n'entrent pas dans le cadre d'échantillonnage, et de l'exclusion des personnes ayant connu des épisodes de consommation intensive de cannabis au cours des douze derniers mois mais ayant consommé moins de cannabis au cours du dernier mois.

<sup>(49)</sup> Seules les données recueillies après 2000 ont été prises en compte dans cette analyse.

consommation du cannabis auprès d'élèves de vingt-six des trente pays couverts par l'OEDT. Les niveaux de consommation de cannabis au cours de la vie les plus élevés ont été rapportés par la République tchèque (42 %) et la France (39 %) (voir le graphique 5). Aucun des autres pays inclus dans l'enquête ni l'Espagne n'a fait état d'un niveau de consommation au cours de la vie supérieur à 27 %. Seules la République tchèque et la France font état de niveaux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie qui dépassent les niveaux déclarés en 2011 pour une tranche d'âge comparable aux États-Unis (35 %).

La consommation de cannabis déclarée au cours du dernier mois varie de 24 % des jeunes de 15 et 16 ans en France à 2 % en Roumanie et en Norvège.

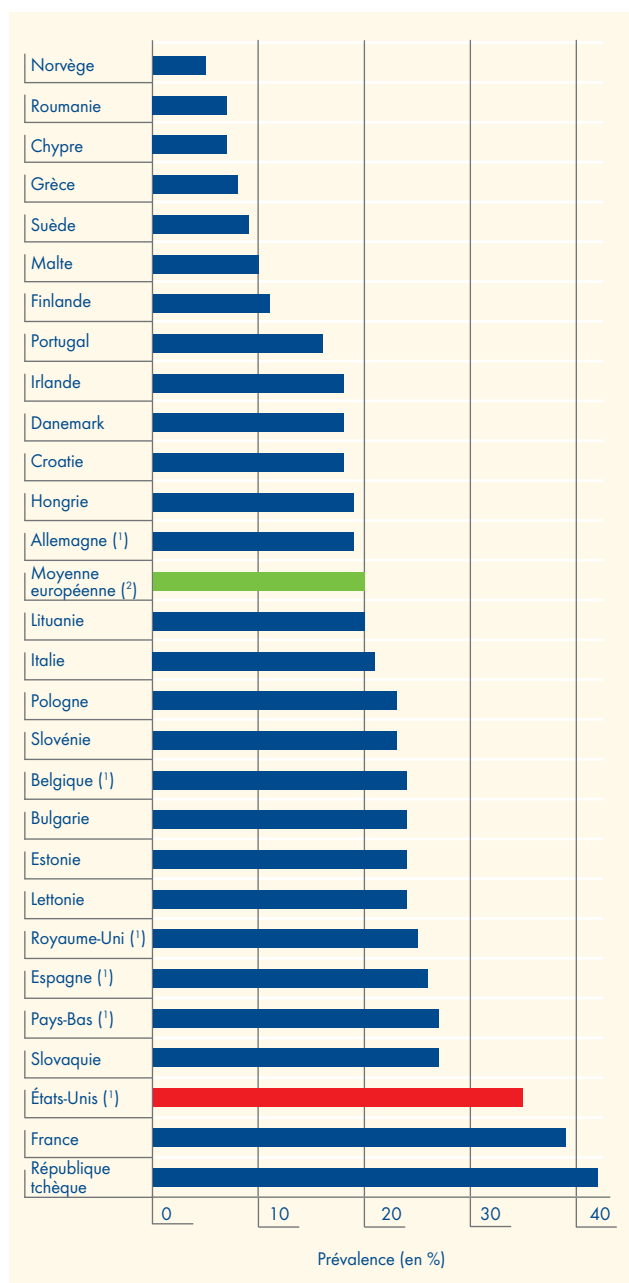
L'écart entre les sexes varie entre les pays d'Europe, le ratio garçons/filles parmi ceux qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie s'échelonnant entre 1/1 en Espagne, en France et en Roumanie et 2,5/1 en Grèce et à Chypre.

### Tendances chez les élèves

Sur les seize années couvertes par l'enquête ESPAD, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves européens a connu une hausse globale. Au cours de cette période, une tendance à la hausse de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les jeunes de 15 et 16 ans qui avait été observée jusqu'en 2003 est retombée en 2007 pour rester au même niveau en 2011. Sur les vingt-trois pays qui ont participé à l'édition 2011 ainsi qu'à l'édition 1995 ou 1999, la prévalence de la consommation de cannabis est maintenant au moins de 4 % plus élevée dans quatorze pays, et plus basse dans deux pays.

Les tendances sur cette période peuvent être regroupées par niveaux de prévalence et zones géographiques. Huit pays, pour la plupart situés dans le nord et le sud de l'Europe (voir le graphique 6, à gauche), faisaient état de niveaux de prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie globalement stables et faibles pour l'ensemble de la période. Dans cinq de ces pays, la prévalence de la consommation de cannabis en 2011 ne s'écarte pas de plus de 3 % de son niveau observé dans les éditions précédentes de l'enquête ESPAD en 1995 ou en 1999. Dans trois de ces pays, toutefois, la prévalence de la consommation de cannabis est à présent sensiblement supérieure à son niveau observé lors de la première enquête du début des années 1990: au Portugal, elle a augmenté de 9 %, en Finlande de 6 % et en Roumanie de 6 % aussi. Entre 2007 et 2011, cinq de ces

**Graphique 5** — Prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans dans les enquêtes ESPAD et les enquêtes comparables réalisées en 2010 et 2011



(1) Comparabilité limitée: les données de la Belgique s'appliquent à la Communauté flamande; les données de l'Allemagne s'appliquent à cinq Länder; au Royaume-Uni, seule une petite proportion d'écoles échantillonnées ont participé à l'enquête ESPAD, bien qu'une enquête nationale connue ait fait état d'un taux de prévalence très similaire en 2010 (27 %); les données de l'Espagne, pays qui ne participe pas à l'enquête ESPAD, proviennent d'une enquête nationale menée en 2010; les données des États-Unis, pays qui ne participe pas non plus à l'enquête ESPAD, ont été recueillies en 2011 et se traduisent par un âge moyen estimé à 16,2 ans, qui est supérieur à la moyenne de l'ESPAD de 15,8 ans.

(2) Moyenne non pondérée des pays européens présentés ici. Sources: ESPAD et points focaux nationaux Reitox pour les données européennes; Johnston e.a. (2012) pour les données des États-Unis.

pays ont fait état d'une hausse statistiquement significative et un pays d'une diminution significative.

Un deuxième groupe se compose de huit pays d'Europe occidentale qui ont rapporté une prévalence de consommation de cannabis relativement élevée lors des premières enquêtes ESPAD (voir le graphique 6, au centre). Dans deux pays de ce groupe, les niveaux de prévalence de la consommation de cannabis chez les élèves ont littéralement chuté au cours de cette période de seize ans: en Irlande de 19 % et au Royaume-Uni de 16 %. Une diminution a également été observée par l'Allemagne (9 %) et la Belgique (7 %) entre leur première enquête en 2003 et la plus récente en 2011. Les deux pays de ce groupe affichant les niveaux les plus bas de consommation de cannabis en 1995, le Danemark et l'Italie, font état de valeurs similaires en 2011. Dans ce groupe, seule la France a observé une augmentation d'au moins 4 % entre sa première enquête ESPAD en 1999 et l'édition la plus récente. Par ailleurs, alors que la tendance entre 2007 et 2011 était à la baisse ou à la stabilisation dans sept de ces huit pays, la France a, quant à elle, rendu compte d'une augmentation (8 %).

Dans un troisième groupe de dix pays situés entre la mer Baltique et la péninsule des Balkans, la prévalence de la consommation de cannabis a augmenté entre la première enquête en 1995 ou 1999 et 2011, huit pays ayant fait état de hausses d'au moins 10 % (voir le graphique 6, à droite). La République tchèque se distingue par son niveau de prévalence plus élevé que dans les autres

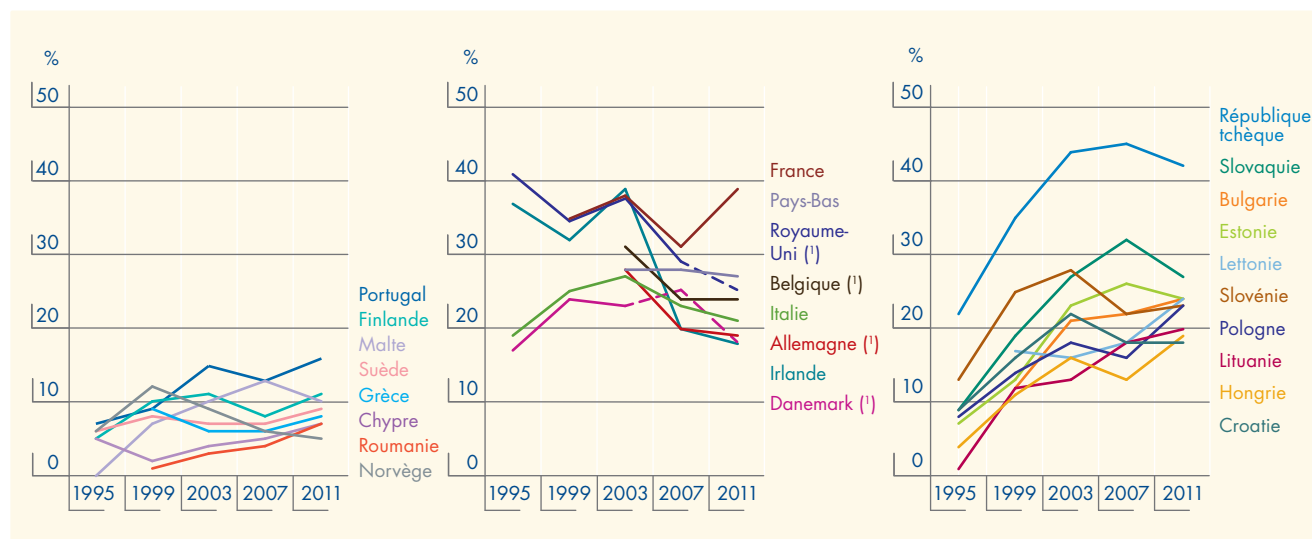
pays. Pour la plupart des autres pays de ce groupe, la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves a augmenté, passant d'un niveau faible à un niveau globalement équivalent à la moyenne européenne ou la dépassant. L'évolution de la prévalence de la consommation de cannabis dans ce groupe de pays a eu lieu en grande partie vers 2003; en 2007, on relevait des indications de tassement de la prévalence. Depuis 2007, la prévalence de la consommation de cannabis chez les élèves a sensiblement augmenté dans trois de ces pays (Lettonie, Hongrie et Pologne), diminué dans un pays (Slovaquie) et est restée stable dans six autres pays.

Comparativement aux deux dernières éditions de l'enquête ESPAD, la consommation de cannabis au cours de la vie a montré une tendance stable dans la moitié des vingt-six pays participant à l'OEDT, tandis que des diminutions importantes ont été observées dans quatre pays et des augmentations sensibles dans neuf autres pays. Les augmentations les plus prononcées, allant de 6 à 8 %, ont été déclarées par la France, la Lettonie, la Hongrie et la Pologne.

### Modes de consommation chez les élèves

L'enquête ESPAD 2011 indique que, en général, la consommation de cannabis est perçue comme plus risquée par les élèves des pays où les consommateurs sont moins nombreux. Pour ce qui est des risques et dangers perçus, les élèves distinguent clairement consommation expérimentale et consommation régulière: entre 12 et

**Graphique 6** — Différents schémas dans les tendances de la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans sur les cinq éditions de l'enquête ESPAD



(!) Comparabilité limitée: les données de la Belgique s'appliquent à la Communauté flamande; les données de l'Allemagne s'appliquent à cinq Länder; les données du Royaume-Uni pour 2011 et celles du Danemark pour 2007 reposent sur de faibles proportions des écoles échantillonnées.  
Sources: ESPAD et points focaux nationaux Reitox.

47 % d'entre eux estiment qu'essayer du cannabis une ou deux fois constitue un risque élevé pour la santé, et entre 56 et 80 % pensent que la consommation régulière de cette drogue pose un risque élevé <sup>(50)</sup>.

L'initiation précoce à la consommation de cannabis est associée au développement ultérieur de formes plus intensives et problématiques de consommation de drogue; huit pays (Bulgarie, République tchèque, Espagne, Estonie, France, Pays-Bas, Slovaquie et Royaume-Uni) ont fait état de valeurs de 5 % ou plus concernant les personnes ayant commencé à consommer du cannabis à 13 ans ou avant <sup>(51)</sup>; aux États-Unis, cette valeur atteignait 15 %.

Les garçons sont plus susceptibles de déclarer à la fois une initiation précoce et une consommation régulière de cannabis, entre 5 et 11 % des élèves de sexe masculin de 15 et 16 ans dans neuf pays européens ayant déclaré avoir consommé du cannabis au moins à quarante occasions au cours de leur vie. Dans la plupart des pays, cette proportion était au moins deux fois plus élevée que chez les élèves de sexe féminin.

## Effets néfastes de la consommation de cannabis sur la santé

Il est généralement admis que le risque individuel pour la santé lié à la consommation de cannabis est moindre que celui associé à l'héroïne ou à la cocaïne. Toutefois, en raison de la prévalence élevée de la consommation de cannabis, son impact sur la santé publique peut être significatif.

Plusieurs problèmes de santé aigus et chroniques associés à la consommation de cannabis ont été identifiés. Les effets néfastes aigus sont, notamment, des nausées, des troubles de la coordination et des performances, de l'anxiété et des symptômes psychotiques, souvent signalés par les personnes qui consomment du cannabis pour la première fois. Des études d'observation épidémiologique ont montré que la consommation de cannabis par des conducteurs accroît aussi le risque d'implication dans un accident de la route (Asbridge e.a., 2012).

Les effets chroniques de la consommation de cannabis comprennent la dépendance et des affections respiratoires. La consommation régulière de cannabis pendant l'adolescence pourrait affecter négativement la santé mentale des jeunes adultes, avec un risque accru avéré de symptômes et de troubles psychotiques

augmentant avec la fréquence et la quantité de la consommation (Hall et Degenhardt, 2009).

## Traitement

### Demandes de traitement

En 2010, le cannabis représentait la drogue primaire pour environ 108 000 patients admis en traitement dans vingt-neuf pays (25 % du total des admissions), soit la deuxième drogue la plus citée après l'héroïne. Le cannabis était également la drogue secondaire la plus souvent déclarée pour environ 98 000 patients. Les consommateurs primaires de cannabis représentent plus de 30 % des patients admis en traitement en Belgique, au Danemark, en Allemagne, en France, à Chypre, en Hongrie, aux Pays-Bas et en Pologne, mais moins de 10 % en Bulgarie, en Estonie, au Luxembourg, à Malte, en Roumanie et en Slovénie, et entre 10 et 30 % dans les pays restants <sup>(52)</sup>. Près de 70 % du total des consommateurs de cannabis admis en traitement en Europe sont déclarés par l'Allemagne, l'Espagne, la France et le Royaume-Uni.

Les différences dans la prévalence de la consommation de cannabis et ses problèmes connexes ne sont pas les seuls facteurs qui expliquent les différences de niveaux dans les demandes de traitement entre les pays. D'autres facteurs, tels que les pratiques d'orientation et le type d'offre de traitement, sont aussi importants. La France, par exemple, a mis en place un système de centres de consultation qui ciblent les jeunes patients, principalement des consommateurs de cannabis <sup>(53)</sup>. En Hongrie, les délinquants dépendants au cannabis se voient proposer un traitement en guise d'alternative à une sanction. Ces deux systèmes ont pour effet d'augmenter le nombre de personnes admises en traitement.

Au cours des cinq dernières années, dans les vingt-cinq pays pour lesquels des données sont disponibles, on a enregistré une hausse généralisée (de 73 000 patients en 2005 à 106 000 en 2010) du nombre de patients dépendants au cannabis qui entament un traitement, en particulier des patients qui entrent en traitement pour la première fois de leur vie.

### Profil des patients

Les patients dépendants au cannabis entament généralement un traitement ambulatoire et sont l'un des

<sup>(50)</sup> Voir le graphique EYE-1 (partie iv) du bulletin statistique 2012.

<sup>(51)</sup> Voir le tableau EYE-23 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(52)</sup> Voir le graphique TDI-2 (partie ii) et les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-22 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(53)</sup> De plus, en France, de nombreux opiomanes sont traités par des médecins généralistes et ne sont pas couverts par l'indicateur des demandes de traitement, ce qui a pour effet de gonfler la proportion d'usagers d'autres drogues.



groupes de patients les plus jeunes admis en traitement, avec une moyenne d'âge de 25 ans. Les jeunes citant le cannabis comme drogue primaire représentent 76 % des jeunes de 15 à 19 ans admis en traitement et 86 % des moins de 15 ans. Le ratio hommes/femmes est le plus élevé parmi les toxicomanes (environ cinq hommes pour une femme). Dans l'ensemble, environ la moitié des toxicomanes déclarant le cannabis comme drogue primaire sont des consommateurs quotidiens, environ 21 % en consomment 2 à 6 fois par semaine, 13 % consomment du cannabis chaque semaine ou moins souvent et 17 % sont des usagers occasionnels, dont certains n'en ont pas consommé au cours du mois précédant l'entrée en traitement. Des écarts considérables existent entre les pays. En Hongrie, par exemple, où la plupart des consommateurs de cannabis admis en traitement sont orientés par le système de justice pénale, la majorité d'entre eux sont des consommateurs occasionnels ou n'ont pas consommé cette drogue au cours du mois précédant l'entrée en traitement <sup>(54)</sup>.

### Offre de traitement

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

En 2011, plus de la moitié des pays européens ont déclaré que des programmes spécifiques de traitement de la dépendance au cannabis étaient disponibles pour les consommateurs recherchant activement un traitement, soit une augmentation d'un tiers de tels programmes depuis 2008. Dans leur évaluation la plus récente, les experts nationaux d'Allemagne, de Grèce, d'Italie, de Lituanie, du Luxembourg, des Pays-Bas, de Slovaquie, de Slovaquie, du Royaume-Uni et de Croatie ont estimé que ces programmes étaient disponibles pour la majorité des consommateurs de cannabis ayant besoin d'un traitement. Quant aux experts de Belgique, de République tchèque, du Danemark, d'Espagne, d'Autriche, du Portugal, de Roumanie et de Norvège, ils ont jugé que ces programmes n'étaient disponibles que pour une minorité des consommateurs de cannabis ayant besoin d'un traitement. La Bulgarie, l'Estonie, Chypre, la Hongrie et la Pologne ont annoncé que des programmes spécifiques de traitement de la dépendance au cannabis allaient être mis en place dans les trois prochaines années.

Le traitement de la dépendance au cannabis est essentiellement dispensé dans des structures ambulatoires; de leur côté, le système de justice pénale, les services des urgences et des accidents et les services de traitement de la santé mentale jouent un important rôle d'orientation dans ce domaine. En Hongrie, environ deux tiers du total des patients ayant commencé en 2010 un traitement pour dépendance au cannabis ont bénéficié de conseils offerts par un réseau d'organismes agréés. En Belgique, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas, des thérapies familiales multidimensionnelles et des thérapies cognitives et comportementales sont dispensées à des jeunes ayant des problèmes liés à la consommation de cannabis et à leurs parents dans le cadre d'essais cliniques permanents qui sont également menés en Suisse (voir ci-après). Au Danemark, une approche de groupe fondée sur des interventions de courte durée a été mise en place pour traiter les problèmes de consommation de cannabis, cela après le succès d'une phase pilote conduite à Copenhague. Le traitement inclut des éléments d'entretien de motivation, de thérapie cognitive et comportementale et de thérapie axée sur les solutions.

Un nombre croissant de pays européens proposent des traitements de la dépendance au cannabis basés sur l'internet afin de faciliter l'accès à un traitement pour les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas demander de l'aide au sein du système spécialisé de traitement des toxicomanies. En Hongrie, un programme en ligne offre un traitement basé sur l'internet aux personnes qui veulent réduire ou stopper leur consommation de cannabis. Ce programme inclut des liens vers des centres de traitement ambulatoire à Budapest. Ce programme d'entraide met à profit l'expérience de traitements basés sur l'internet offerts aux consommateurs de cannabis dans d'autres pays européens.

### Études récentes sur le traitement des consommateurs de cannabis

On observe une hausse progressive de la disponibilité d'études d'évaluation des traitements de la dépendance au cannabis, dont la plupart mettent l'accent sur les interventions psychosociales, telles que la thérapie familiale ou la thérapie cognitive et comportementale.

L'OEDT a récemment commandé une méta-analyse d'études européennes et américaines sur la thérapie familiale multidimensionnelle. Les études américaines ont montré une série de résultats positifs de cette approche, avec une réduction de la consommation de substances et de la délinquance y afférente par comparaison tant avec la

<sup>(54)</sup> Voir les tableaux TDI-10 (partie iii et partie iv), TDI-21 (partie ii) et TDI-111 (partie viii) du bulletin statistique 2012.

thérapie cognitive et comportementale qu'avec la thérapie de groupe pour adolescents orientée par des manuels et basée sur les principes de l'apprentissage social et la thérapie cognitive et comportementale (Liddle e.a., 2009). Pour ce qui concerne les jeunes en traitement dans des milieux de justice pénale aux États-Unis, la thérapie familiale multidimensionnelle a permis d'obtenir des réductions de la consommation de cannabis parmi les cas les plus sévères (Henderson e.a., 2010). L'analyse européenne indique également qu'il s'agit d'une option thérapeutique viable pour les adolescents ayant des problèmes sévères de consommation de substances et de comportement. Telles sont les conclusions provisoires d'«International cannabis need of treatment study» (Incant), un projet multisite européen qui fonctionne depuis 2003 en Belgique, en Allemagne, en France, aux Pays-Bas et en Suisse.

Les interventions de courte durée peuvent se définir comme des services de conseil, de consultance ou les

deux visant à réduire la consommation de drogues, tant licites qu'illicites. Une étude internationale récente a établi un lien entre le dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances et les interventions de courte durée, et fait état d'un suivi indiquant des réductions de la consommation de cannabis (Humeniuk e.a., 2011).

Des recherches portent également sur les produits pharmaceutiques qui pourraient soutenir les interventions psychosociales pour le traitement des problèmes liés au cannabis en réduisant les symptômes de manque, le besoin ou la consommation. Pour ce qui est de la dépendance au cannabis, des études explorent le potentiel de l'administration orale de THC synthétique en tant que traitement de substitution; quant au rimonabant, un antagoniste, il a montré des résultats positifs en termes de réduction des problèmes physiologiques aigus liés à la consommation de cannabis (Weinstein et Gorelick, 2011).

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar



## Chapitre 4

# Amphétamines, ecstasy, substances hallucinogènes, GHB et kétamine

### Introduction

Dans nombre de pays européens, les amphétamines (terme générique regroupant l'amphétamine et la méthamphétamine) ou l'ecstasy sont la deuxième drogue illicite la plus répandue. En outre, dans certains pays, la consommation d'amphétamines constitue une partie importante du phénomène de la drogue et est responsable d'une part considérable des demandes de traitement.

L'amphétamine et la méthamphétamine sont des stimulants du système nerveux central. De ces deux substances, l'amphétamine est de loin celle qu'il est le plus facile de se procurer en Europe, alors que la consommation de méthamphétamine est historiquement limitée à la République tchèque et, depuis plus récemment, à la Slovaquie. Ces dernières années, la méthamphétamine a également fait son apparition sur les marchés de la drogue d'autres pays, en particulier dans le nord de l'Europe (Lettonie, Suède, Norvège et, dans une moindre mesure, Finlande), où elle semble avoir remplacé partiellement l'amphétamine. En 2010, de nouveaux signes d'usage problématique de la méthamphétamine, bien que probablement à un niveau très faible, ont été déclarés par l'Allemagne, la Grèce, Chypre, la Hongrie et la Turquie, alors que les saisies de cette substance ont augmenté en Estonie et en Autriche.

L'ecstasy est le nom générique de substances de synthèse chimiquement apparentées aux amphétamines, mais dont les effets sont, dans une certaine mesure, différents. La plus connue des substances du groupe de l'ecstasy est la 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine (MDMA), mais on trouve parfois aussi d'autres substances analogues dans les comprimés d'ecstasy (MDA, MDEA). Historiquement, sa popularité est liée aux milieux de la *dance music* mais ces dernières années ont vu un certain recul de la consommation et de la disponibilité de l'ecstasy en Europe. Les données les plus récentes indiquent toutefois un retour de la MDMA dans certains pays européens.

Enfin, les niveaux globaux de prévalence des drogues hallucinogènes, comme le diéthylamide d'acide lysergique (LSD) et les champignons hallucinogènes, sont

généralement faibles et sont restés stables dans une large mesure ces dernières années.

Depuis le milieu des années 1990, la consommation récréative de kétamine et de gamma-hydroxybutyrate (GHB), deux produits anesthésiants, a été observée parmi des sous-groupes d'usagers de drogue en Europe. Ce problème étant pris de plus en plus au sérieux, les services compétents commencent à cibler les utilisateurs de ces drogues. Cette reconnaissance concerne également les problèmes de santé liés à ces substances, en particulier les maladies de la vessie associées à l'usage de kétamine de longue durée.

### Offre et disponibilité

#### Précurseurs de drogue

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

Les efforts internationaux visant à prévenir le détournement des précurseurs chimiques utilisés dans la fabrication illicite de drogues de synthèse sont coordonnés dans le cadre du projet «Prism», qui utilise 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 (OICS, 2012b).

L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) indique que les saisies mondiales de 1-phényl-2-propanone (P2P, BMK), qui peut être utilisé pour la fabrication illicite d'amphétamine et de méthamphétamine, ont quintuplé, passant de 4 900 litres en 2009 à 26 300 litres en 2010. Les saisies opérées au Mexique (14 200 litres en 2010), au Canada (6 000 litres) et en Belgique (5 000 litres) représentaient 95 % du

**Tableau 4 – Saisies, prix et pureté de l'amphétamine, de la méthamphétamine, de l'ecstasy et du LSD**

	Amphétamine	Méthamphétamine	Ecstasy	LSD
<b>Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)</b>	19	45	3,8	Pas d'application
<b>Quantité saisie UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)</b>	5,1 tonnes (5,4 tonnes)	500 kilogrammes (600 kilogrammes)	Comprimés 3,0 millions (3,9 millions)	Unités 97 900 (98 000) (!)
<b>Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)</b>	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
<b>Prix de vente moyen au détail (en euros)</b>	Gramme 6-41	Gramme 10-70	Comprimé 2-17	Dose 3-26
<b>Intervalle (Intervalle interquartile)</b>	(9,6-21,2)		(3,9-8,4)	(6,5-13,1)
<b>Pureté moyenne (ou teneur en MDMA pour l'ecstasy)</b>				
<b>Intervalle (Intervalle interquartile)</b>	5-39 % (7,8-27,2 %)	5-79 % (28,6-64,4 %)	3-104 mg (33,0-90,4 mg)	Pas d'application

(!) La quantité totale de LSD saisie en 2010 est sous-estimée, en raison de l'absence de données pour 2010 en provenance de la Suède, pays ayant déclaré des saisies relativement importantes en 2009.

NB: Toutes les données se rapportent à 2010; «Pas d'application» peut aussi signifier «Données non disponibles».

Sources: ONUDC (2012) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

total mondial déclaré à l'OICS (2012a). Dans l'Union européenne, les saisies de P2P ont également fortement augmenté, passant de 863 litres en 2009 à 7 493 litres en 2010 (Commission européenne, 2011). Dans le monde, les saisies d'acide phénylacétique, un précurseur du P2P, ont quadruplé en 2010 (OICS, 2012a). Dans l'Union européenne, les saisies de cette substance chimique en 2010 (1,5 kilo) ont été beaucoup moins importantes qu'en 2009 (277 kilos) (Commission européenne, 2011). Les saisies mondiales d'éphédrine et de pseudoéphédrine, deux principaux précurseurs de la méthamphétamine, ont baissé en 2010 (OICS, 2012a). Néanmoins, les saisies de ces précurseurs dans l'Union européenne ont augmenté en 2010: 1,2 tonne d'éphédrine (685 kilos en 2009) et 1,5 tonne de pseudoéphédrine (186 kilos en 2009) (Commission européenne, 2011).

Deux précurseurs chimiques principaux sont associés à la fabrication de la MDMA: le 3,4-méthylènedioxyphényl-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK) et le safrole. En 2010, les saisies mondiales de PMK ont atteint 2 litres, contre 40 litres en 2009; quant aux saisies de safrole, elles ont chuté de 1 048 litres en 2009 à 168 litres en 2010. Dans l'Union européenne, aucune saisie de PMK n'a été effectuée en 2010, et seulement quatre saisies de safrole ont été réalisées, totalisant 85 litres.

En 2010, du gamma-butyrolactone, un précurseur du GHB, a encore été saisi dans l'Union européenne, avec un total de 139 saisies totalisant 253 litres.

## Amphétamine

La production mondiale d'amphétamine reste concentrée en Europe, où l'on recense la quasi-totalité des laboratoires d'amphétamine signalés en 2010 (ONUDC, 2012). En 2010, les saisies mondiales d'amphétamine ont chuté de 42 % pour se fixer à environ 19 tonnes (voir le tableau 4). En 2010, l'Europe occidentale et centrale a continué à saisir d'importantes quantités d'amphétamine, bien qu'on ait là aussi observé une diminution des saisies, qui sont passées de 8,9 tonnes en 2009 à 5,4 tonnes en 2010. La plus forte diminution des saisies d'amphétamine a été rapportée dans la région du Proche-Orient, du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud-Est de l'ONUDC. Une grande partie des quantités d'amphétamine saisies dans cette région se présentait sous la forme de comprimés de Captagon (ONUDC, 2012), dont certains peuvent provenir de l'Union européenne.

Pour l'essentiel, l'amphétamine saisie en Europe est produite, par ordre d'importance, aux Pays-Bas, en Belgique, en Pologne, en Bulgarie, en Turquie et en Estonie. Quelque vingt-huit sites de production, de fabrication de comprimés ou de stockage d'amphétamine ont été découverts dans l'Union européenne en 2010 et signalés à Europol<sup>(55)</sup>.

On estime à 36 600 le nombre de saisies d'amphétamine en Europe en 2010, soit 5 tonnes d'amphétamine en poudre et 1,4 million de comprimés<sup>(56)</sup>. Si la tendance générale est à la baisse, le nombre de saisies

<sup>(55)</sup> Sur ces vingt-huit sites, dix étaient aussi des sites de production, de fabrication de comprimés ou de stockage d'autres drogues, de la méthamphétamine dans la plupart des cas.

<sup>(56)</sup> Les trois quarts des comprimés d'amphétamine interceptés étaient étiquetés comme étant du Captagon et ont été récupérés en Turquie. Les comprimés vendus sur le marché des drogues illicites comme étant du Captagon contenaient généralement de l'amphétamine mélangée à de la caféine.

d'amphétamine a fluctué ces cinq dernières années. Le nombre de comprimés d'amphétamine saisis en Europe a fortement chuté entre 2005 et 2010 en raison de la baisse des saisies en Turquie. Après des saisies records d'environ 8 tonnes entre 2007 et 2009, les quantités de poudre d'amphétamine interceptées sont redescendues à quelque 5 tonnes en 2010 <sup>(57)</sup>.

La pureté des échantillons d'amphétamine interceptés en Europe en 2010 a continué à varier considérablement, oscillant entre moins de 8 % en Bulgarie, en Italie, au Portugal, en Autriche, en Slovaquie, en Croatie et en Turquie et autour de 20 % dans des pays qui déclarent une production d'amphétamine (Belgique, Lettonie, Lituanie et Pays-Bas) ou des niveaux de consommation relativement élevés (Finlande, Suède et Norvège), ainsi qu'en République tchèque et en Slovaquie <sup>(58)</sup>. Au cours des cinq dernières années, la pureté de l'amphétamine a décliné ou est restée stable dans la majorité des pays pour lesquels les données fournies sont suffisantes pour permettre une analyse des tendances.

En 2010, les prix de vente moyens au détail de l'amphétamine étaient compris entre 10 et 22 euros le gramme dans plus de la moitié des dix-huit pays fournissant des données. Les prix de vente au détail de l'amphétamine ont baissé ou sont restés stables dans quatorze des vingt pays ayant fourni des données pendant la période 2005-2010 <sup>(59)</sup>.

### Méthamphétamine

En 2010, 45 tonnes de méthamphétamine ont été saisies, soit une forte progression par rapport aux 31 tonnes interceptées en 2009. Pour l'essentiel, cette drogue a été saisie en Amérique du Nord (34 %), où le Mexique, important pays producteur, représentait un niveau exceptionnellement élevé de 13 tonnes saisies en 2010. De grandes quantités de méthamphétamine ont également été saisies en Asie de l'Est et du Sud-Est, une région représentant 32 % du total mondial en 2010, avec 20 tonnes; dans cette région, la Birmanie/le Myanmar a été identifié comme un principal pays producteur (ONUDD, 2012).

La production illicite de méthamphétamine en Europe est concentrée en République tchèque, où 307 sites de production, pour la plupart des «cuisines» de petite taille, ont été recensés en 2010 (contre 342 en 2009). La production de cette drogue est également signalée

en Slovaquie, ainsi qu'en Allemagne, en Lituanie, aux Pays-Bas et en Pologne. L'Allemagne a fait état d'une hausse considérable des quantités de méthamphétamine saisies en 2010 (26,8 kilos contre 7,2 kilos en 2009); la majeure partie a été interceptée en Saxe et en Bavière, des Länder qui jouxtent la République tchèque, d'où la drogue semble provenir.

En 2010, près de 7 300 saisies de méthamphétamine, soit environ 600 kilos de drogue, ont été réalisées en Europe. Tant le nombre de saisies que les quantités de méthamphétamine saisies ont augmenté au cours de la période 2005-2010, avec une hausse marquée entre 2008 et 2009, puis une stabilisation en 2010.

La pureté de la méthamphétamine a fortement varié en 2010 dans les vingt pays déclarant des données, avec des taux de pureté moyens inférieurs à 15 % en Belgique et au Danemark et supérieurs à 60 % en République tchèque, en Slovaquie, au Royaume-Uni et en Turquie. Les prix de vente au détail de la méthamphétamine ont également sensiblement fluctué en 2010 dans les sept pays qui fournissent ces données, allant de 10 à 15 euros le gramme en Bulgarie, en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie à près de 70 euros le gramme en Allemagne et en Slovaquie.

### Ecstasy

Le nombre déclaré de laboratoires d'ecstasy démantelés en 2010 est descendu à 44, contre 52 en 2009.

La plupart de ces laboratoires étaient situés en Australie (17), au Canada (13) et en Indonésie (12). La production d'ecstasy semble avoir continué à s'étendre géographiquement, la fabrication se rapprochant des marchés de consommation en Asie de l'Est et du Sud-Est, en Amérique du Nord et du Sud et en Océanie. Malgré cela, il est probable que l'Europe de l'Ouest demeure un lieu important de production d'ecstasy.

Au niveau mondial, les saisies d'ecstasy se sont élevées à 3,8 tonnes en 2010 (ONUDD, 2012), les États-Unis déclarant 20 % du total des saisies, suivis par l'Europe occidentale et centrale (13 %).

Dans l'ensemble, le nombre de saisies d'ecstasy et les quantités interceptées ont reculé en Europe depuis 2005. Sur la période 2005-2010, la quantité de comprimés d'ecstasy saisie en Europe a chuté selon un facteur de quatre, tandis qu'une augmentation a été rapportée en 2010, essentiellement en raison des saisies opérées

<sup>(57)</sup> Les données sur les saisies de drogue effectuées en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans les tableaux SZR-11 à SZR-18 du bulletin statistique 2012.

<sup>(58)</sup> Les données sur la pureté des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-8 du bulletin statistique 2012. Les indices des tendances de l'UE peuvent être consultés dans le graphique PPP-2 du bulletin statistique 2012.

<sup>(59)</sup> Les données sur les prix des drogues en Europe mentionnées dans ce chapitre peuvent être consultées dans le tableau PPP-4 du bulletin statistique 2012.

en France et en Turquie. En 2010, quelque 9 300 saisies d'ecstasy ont été déclarées en Europe, avec comme résultat l'interception de plus de 3,9 millions de comprimés d'ecstasy, dont 1,6 million ont été saisis en France et en Turquie.

La teneur moyenne en MDMA des comprimés d'ecstasy testés en 2010 se situait entre 3 et 104 mg dans les dix-neuf pays fournissant des données. En outre, des comprimés d'ecstasy fortement dosés contenant plus de 130 mg de MDMA ont été signalés par plusieurs pays (Belgique, Bulgarie, Allemagne, Pays-Bas et Croatie). Entre 2005 et 2010, la teneur en MDMA des comprimés d'ecstasy a baissé dans dix pays et augmenté dans neuf autres.

Ces dernières années, le contenu des comprimés illicites d'ecstasy a changé en Europe. Alors qu'auparavant, la plupart des comprimés analysés contenaient de la MDMA ou une autre substance analogue à l'ecstasy (MDEA, MDA) comme seule substance psychoactive, aujourd'hui, les contenus sont plus variés, et des substances analogues à la MDMA sont moins présentes. Ce changement a été plus marqué en 2009, année où seuls trois pays ont déclaré que les substances de type MDMA ont représenté une forte proportion des comprimés analysés. En 2010, le nombre de pays faisant état d'une prédominance des comprimés contenant des substances de type MDMA a augmenté pour atteindre huit.

Les amphétamines, parfois combinées à des substances analogues à la MDMA, sont relativement courantes dans les comprimés analysés en Pologne, en Slovaquie et en Turquie. La plupart des pays déclarants mentionnent que des pipérazines, et en particulier du mCPP, ont été trouvés dans les comprimés d'ecstasy analysés, seuls ou en combinaison avec d'autres substances; ces substances ont été décelées dans plus de 20 % des comprimés analysés en Belgique, au Danemark, en Allemagne, à Chypre, en Hongrie, en Autriche, en Finlande, au Royaume-Uni et en Croatie.

Le prix de l'ecstasy a considérablement diminué par rapport aux années 1990, les prix de vente moyens étant à présent compris entre 4 et 9 euros le comprimé. Sur la période 2005-2010, le prix de vente de l'ecstasy a baissé ou est resté stable dans dix-huit des vingt-trois pays pour lesquels l'analyse était possible.

### Hallucinogènes et autres substances

La consommation et le trafic de LSD en Europe sont jugés marginaux. Le nombre de saisies de LSD a augmenté entre 2005 et 2010, tandis que les quantités, après avoir atteint un pic historique de 1,8 million d'unités en 2005, ont

fluctué entre 50 000 et 150 000. Sur la même période, le prix au détail du LSD a diminué ou est resté stable dans la plupart des pays déclarants. En 2010, le prix de vente moyen oscillait entre 6 et 14 euros l'unité dans la majorité des quatorze pays déclarants.

Seuls trois ou quatre pays ont signalé des saisies de champignons hallucinogènes, de kétamine, de GHB et de GBL en 2010, selon les drogues. La mesure dans laquelle les saisies déclarées reflètent la disponibilité limitée de ces substances ou le simple fait qu'elles ne sont pas ciblées de manière systématique par les services répressifs n'est pas claire.

## Prévalence et modes de consommation

Dans quelques pays, la consommation d'amphétamines, souvent par injection, représente une part substantielle du nombre global d'usagers à problèmes et des personnes demandant une aide pour sortir de leur dépendance à la drogue. Par contre, les amphétamines et l'ecstasy qui se prennent habituellement par voie orale ou en sniffant sont associées aux boîtes de nuit et aux manifestations de *dance music*. La consommation d'ecstasy ou d'amphétamines combinée à de l'alcool a été observée, les consommateurs fréquents ou intensifs d'alcool déclarant des niveaux d'usage d'amphétamines ou d'ecstasy bien plus élevés que la consommation de la population moyenne (OEDT, 2009b).

### Amphétamines

Selon les estimations de la prévalence de drogue, près de 13 millions d'Européens ont essayé des amphétamines et environ 2 millions ont consommé de la drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 5 pour un résumé des données). Chez les jeunes adultes (15-34 ans), la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie varie fortement d'un pays à l'autre, entre 0,1 et 12,9 %, avec une moyenne européenne pondérée de 5,5 %. La consommation d'amphétamines au cours de la dernière année dans cette tranche d'âge oscille entre 0 et 2,5 %, et la majorité des pays déclarent des taux de prévalence de 0,5 à 2,0 %. On estime qu'environ 1,5 million (1,2 %) de jeunes Européens ont consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Les niveaux de consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois sont plus élevés dans les résultats des enquêtes menées chez les jeunes, cela en raison des lieux de vie nocturne et des discothèques; pour 2010, les études réalisées en République tchèque, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni font état de niveaux s'échelonnant de 8 à 27 %.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la vie est comprise entre 1 et 7 % dans les vingt-quatre États membres de l'UE, la Croatie et la Norvège, selon les enquêtes ESPAD de 2011, alors que des taux de prévalence supérieurs à 4 % n'ont été enregistrés qu'en Belgique, en Bulgarie et en Hongrie <sup>(60)</sup>. L'enquête en milieu scolaire réalisée en Espagne fait état d'un taux de 1 % et celle aux États-Unis d'un taux de 9 %.

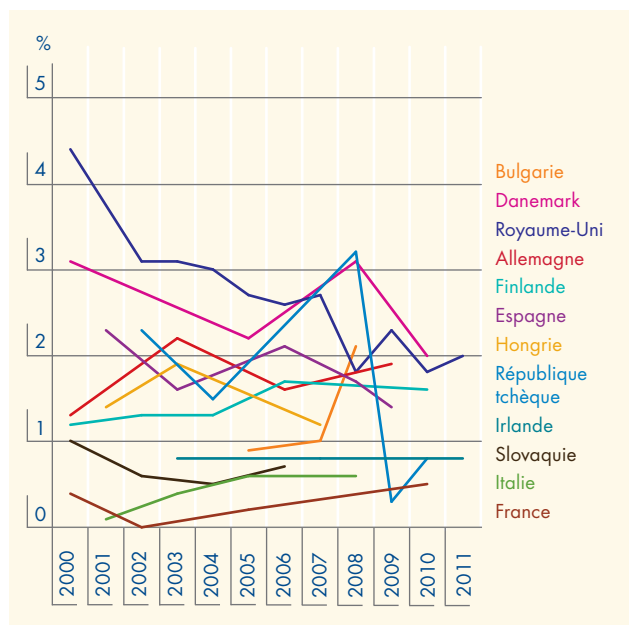
Entre 2005 et 2010, la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois est restée relativement faible et stable parmi la population générale de la plupart des pays européens, où les taux de prévalence étaient inférieurs à 3 % dans tous les pays déclarants. Pendant cette période, une augmentation n'a été déclarée que par un seul pays, la Bulgarie, qui a observé une hausse d'un point de pourcentage en ce qui concerne la prévalence de la consommation d'amphétamines au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (voir le graphique 7). Dans l'ensemble, les enquêtes en milieu scolaire ESPAD réalisées en 2011 suggèrent peu de changements dans les niveaux d'expérimentation des amphétamines et de l'ecstasy chez les élèves de 15 et 16 ans.

### Usage problématique d'amphétamines

Des estimations récentes de la prévalence de l'usage problématique d'amphétamines sont disponibles pour deux pays <sup>(61)</sup>. En 2010, en République tchèque, on estimait que le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes était compris entre 27 300 et 29 100 (3,7 à 3,9 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge des 15-64 ans), soit une hausse par rapport aux années précédentes et plus de deux fois le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes. En Slovaquie, le nombre d'usagers de méthamphétamine à problèmes était estimé entre 5 800 et 15 700 en 2007 (1,5 à 4,0 cas pour 1 000 dans la tranche d'âge des 15-64 ans), soit environ 20 % de moins que le nombre estimé de consommateurs d'opiacés à problèmes.

La méthamphétamine a également fait son apparition sur les marchés de la drogue d'autres pays, en particulier dans le nord de l'Europe (Lettonie, Suède, Norvège et, dans une moindre mesure, Finlande), où elle semble avoir remplacé partiellement l'amphétamine. En 2010, de nouveaux signes d'usage problématique de la méthamphétamine, bien que probablement à un niveau très faible, ont été déclarés par l'Allemagne, la Grèce,

**Graphique 7** — Tendances de la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation d'amphétamines chez les jeunes adultes (15 à 34 ans)



NB: Seules les données des pays comptant au moins trois enquêtes sont présentées. Pour de plus amples informations, voir le graphique GPS-8 du bulletin statistique 2012.

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

Chypre, la Hongrie et la Turquie, alors que les saisies de cette substance ont augmenté en Estonie et en Autriche.

Une faible proportion des patients qui commencent un traitement en Europe citent les amphétamines comme drogue primaire: environ 6 % des patients déclarés en 2010 (23 000 patients) <sup>(62)</sup>. En outre, des stimulants (autres que la cocaïne) sont mentionnés comme drogue secondaire par près de 20 000 patients entrant en traitement pour une dépendance à d'autres drogues primaires. Les consommateurs primaires d'amphétamines représentant une proportion considérable des admissions en traitement déclarées en Suède (28 %), en Pologne (24 %), en Lettonie (19 %) et en Finlande (17 %), et la méthamphétamine est citée comme drogue primaire par une grande proportion de patients admis en traitement en République tchèque (63 %) et en Slovaquie (35 %). Les patients traités pour leur dépendance à l'amphétamine représentent entre 5 et 15 % des admissions en traitement déclarées dans six autres pays (Belgique, Danemark, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas et Norvège); ailleurs, la proportion est inférieure à 5 %. Entre 2005 et 2010,

<sup>(60)</sup> Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2012.

<sup>(61)</sup> L'usage problématique d'amphétamines se définit comme la consommation par injection et de longue durée et/ou régulière de ces substances.

<sup>(62)</sup> Pour l'Allemagne, la Lituanie et la Norvège, il n'est pas possible d'établir une distinction entre les usagers d'amphétamines, de MDMA et d'autres stimulants dans les données déclarées à l'OEDT, car celles-ci mentionnent les usagers de «stimulants autres que la cocaïne». Dans l'ensemble, dans les pays où des données sont déclarées, les usagers d'amphétamines représentent environ 90 % de la catégorie qui reprend tous les «stimulants autres que la cocaïne».



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

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
<b>15-64 ans</b>		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	13 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,8 %	0,6 %
Plage de données	0,1-11,6 %	0,0-1,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce, Roumanie (0,1 %) Chypre (0,7 %) Portugal (0,9 %) Slovaquie (1,2 %)	Roumanie, Grèce (0,0 %) France, Portugal (0,2 %) République tchèque, Chypre, Slovaquie (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (11,6 %) Danemark (6,2 %) Suède (5,0 %) Irlande (4,5 %)	Estonie, Royaume-Uni (1,1 %) Bulgarie, Lettonie (0,9 %) Suède, Finlande (0,8 %)
<b>15-34 ans</b>		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7 millions	1,5 millions
Moyenne européenne	5,5 %	1,2 %
Plage de données	0,1-12,9 %	0,0-2,5 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,1 %) Grèce (0,2 %) Chypre (1,2 %) Portugal (1,3 %)	Roumanie (0,0 %) Grèce (0,1 %) Portugal (0,4 %) France (0,5 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,9 %) Danemark (10,3 %) Irlande (6,4 %) Lettonie (6,1 %)	Estonie (2,5 %) Bulgarie (2,1 %) Danemark, Royaume-Uni (2,0 %) Allemagne, Lettonie (1,9 %)
NB:	Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 6 % de la population cible pour les estimations de la consommation au cours de la dernière année chez les jeunes adultes, et pas plus de 3 % de la population cible pour les autres estimations). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (338 millions) et 15-34 ans (130 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2012.	

les tendances relatives aux consommateurs primaires d'amphétamines entamant un traitement sont restées stables dans la plupart des pays, à l'exception de la République tchèque et de la Slovaquie: ces deux pays font état d'une augmentation du nombre et de la proportion globale de nouveaux patients entrés en traitement pour une dépendance à la méthamphétamine pendant cette période, ainsi que d'une hausse sensible entre 2009 et 2010 <sup>(63)</sup>.

Les consommateurs d'amphétamines entamant un traitement ont en moyenne 30 ans, et le rapport hommes/femmes est plus faible que pour toute autre drogue illicite. Dans les pays où les consommateurs d'amphétamines représentent les pourcentages les plus élevés d'admissions en traitement, bon nombre de ces consommateurs

déclarent prendre cette drogue par injection. En République tchèque, en Lettonie, en Finlande, en Suède et en Norvège, entre 63 et 80 % des consommateurs primaires d'amphétamines ont déclaré avoir pris cette drogue par injection <sup>(64)</sup>. Un taux moins élevé de prise par injection a été déclaré en Slovaquie (34 %), où cette pratique diminue depuis 2005 <sup>(65)</sup>.

### Ecstasy

Les estimations de la prévalence d'ecstasy suggèrent que près de 11,5 millions d'Européens ont expérimenté l'ecstasy et qu'environ 2 millions ont consommé cette drogue au cours des douze derniers mois (voir le tableau 6 pour un résumé des données). L'usage de cette drogue au cours des douze derniers mois est concentré

<sup>(63)</sup> Voir les tableaux TDI-5 (partie ii) et TDI-22 du bulletin statistique 2012.

<sup>(64)</sup> Voir les tableaux TDI-5 (partie iv) et TDI-37 du bulletin statistique 2012.

<sup>(65)</sup> Voir les tableaux TDI-2 (partie i), TDI-3 (partie iii), TDI-5 (partie ii) et TDI-36 (partie iv) du bulletin statistique 2012. Voir aussi le tableau TDI-17 des bulletins statistiques 2007 et 2012.

chez les jeunes adultes, les hommes déclarant en général une consommation supérieure à celle des femmes dans tous les pays. La prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie dans la tranche d'âge des 15-34 ans va de moins de 0,6 à 12,4 %, la plupart des estimations nationales étant comprises entre 2,1 et 5,8 %<sup>(66)</sup>.

Chez les élèves de 15 et 16 ans, la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours de la vie était comprise entre 1 et 4 % dans les pays européens sondés en 2011<sup>(67)</sup>, le Royaume-Uni étant le seul pays à rapporter un taux de prévalence de 4 %, et ce tant dans l'enquête ESPAD que dans l'enquête nationale anglaise en milieu scolaire. En Espagne, l'enquête nationale menée en milieu scolaire fait état d'un taux de 2 %. Pour comparaison, la consommation d'ecstasy au cours de la vie chez les élèves d'âge similaire aux États-Unis est estimée à 7 %.

Des études ciblées donnent une idée de l'usage «récréatif» de stimulants par les jeunes adultes fréquentant divers lieux de vie nocturne en Europe. Les données relatives à la prévalence de la consommation d'ecstasy au cours des douze derniers mois parmi les clients des discothèques et autres lieux de vie nocturne en 2010-2011 ne sont disponibles que pour deux pays, la République tchèque (43 %) et les Pays-Bas (Amsterdam, 33 %). La consommation d'ecstasy était plus courante que celle d'amphétamines dans les deux enquêtes. Selon une étude réalisée en 2012 sur l'internet depuis le Royaume-Uni, les *clubbers* réguliers dans ce pays consommaient de l'ecstasy à un niveau dépassant celui du cannabis (Mixmag, 2012). Dans une enquête réalisée dans des discothèques au Danemark, 40 % des répondants (moyenne d'âge de 21 ans) ont déclaré avoir essayé, au moins une fois dans leur vie, une drogue illicite autre que le cannabis (souvent la cocaïne, l'amphétamine ou l'ecstasy). Les données provenant de sondages sur place ou d'enquêtes sur l'internet doivent cependant être interprétées avec prudence.

Dans cinq des six pays déclarant des niveaux supérieurs à la moyenne de consommation d'ecstasy au cours de la dernière année et pour lesquels il est possible de décrire des tendances, la consommation de cette drogue chez les 15-34 ans a généralement culminé au début des années 2000, avant de retomber (République tchèque, Estonie, Espagne, Slovaquie et Royaume-Uni) (voir le graphique 8). Sur la période 2005-2010, ces pays ont enregistré des tendances stables ou à la diminution

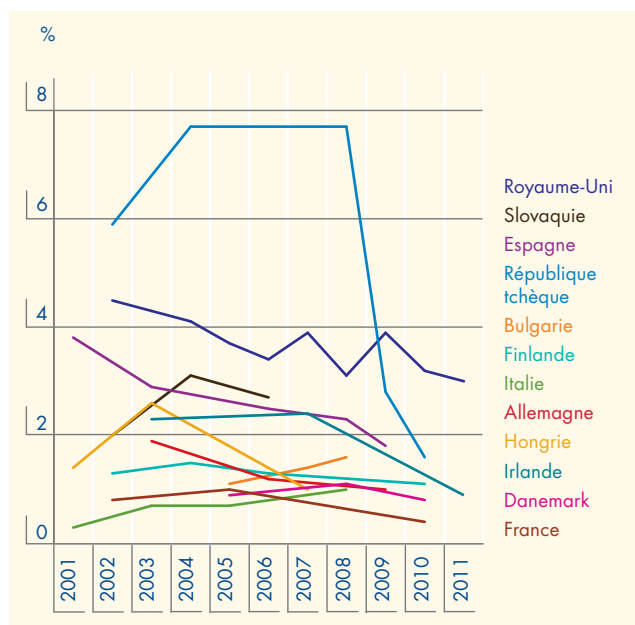
concernant la consommation au cours de la dernière année chez les jeunes adultes (15-34 ans).

Peu d'usagers de drogue entament un traitement pour une dépendance à l'ecstasy. En 2010, cette substance était mentionnée comme drogue primaire par 1 % ou moins (près de 1 000 patients au total) des patients déclarés en traitement dans tous les pays européens<sup>(68)</sup>.

### Hallucinogènes, GHB et kétamine

Chez les jeunes adultes (15-34 ans), les estimations de la prévalence au cours de la vie de la consommation de LSD en Europe oscillent entre 0 et 5,4 %. Des niveaux de prévalence sensiblement plus bas sont rapportés pour la consommation au cours de la dernière année<sup>(69)</sup>. Dans les rares pays fournissant des données comparables, la plupart rapportent des niveaux plus élevés de consommation de champignons hallucinogènes que de LSD, à la fois dans la population générale et chez les élèves. Les estimations de la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie chez les jeunes adultes sont comprises entre 0,3 et 8,1 %, et la prévalence au cours de la dernière année

**Graphique 8** — Tendances de la prévalence au cours des douze derniers mois de la consommation d'amphétamines chez les jeunes adultes (15 à 34 ans)



NB: Seules les données des pays comptant au moins trois enquêtes sont présentées. Pour de plus amples informations, voir le graphique GPS-21 du bulletin statistique 2012.

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

<sup>(66)</sup> Voir le tableau GPS-1 (partie iii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(67)</sup> Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2012.

<sup>(68)</sup> Voir les tableaux TDI-5, TDI-8 et TDI-37 du bulletin statistique 2012.

<sup>(69)</sup> Voir le tableau GPS-1 du bulletin statistique 2012.

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

Tranche d'âge	Période de consommation	
	Au cours de la vie	Dernière année
<b>15-64 ans</b>		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	11,5 millions	2 millions
Moyenne européenne	3,4 %	0,6 %
Plage de données	0,4-8,3 %	0,1-1,6 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce (0,4 %) Roumanie (0,7 %) Norvège (1,0 %) Pologne (1,2 %)	Suède (0,1 %) Grèce, Roumanie, France (0,2 %) Danemark, Pologne, Norvège (0,3 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (8,3 %) Irlande (6,9 %) Pays-Bas (6,2 %) Espagne (4,9 %)	Slovaquie (1,6 %) Lettonie (1,5 %) Pays-Bas, Royaume-Uni (1,4 %) Estonie (1,2 %)
<b>15-34 ans</b>		
Nombre estimé de consommateurs en Europe	7,5 millions	1,5 millions
Moyenne européenne	5,7 %	1,3 %
Plage de données	0,6-12,4 %	0,2-3,1 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Grèce (0,6 %) Roumanie (0,9 %) Pologne, Norvège (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Suède (0,2 %) Grèce, Roumanie, France (0,4 %) Norvège (0,6 %) Pologne (0,7 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Royaume-Uni (12,4 %) Pays-Bas (11,6 %) Irlande (10,9 %) Lettonie (8,5 %)	Pays-Bas (3,1 %) Royaume-Uni (3,0 %) Slovaquie, Lettonie (2,7 %) Estonie (2,3 %)
<b>NB:</b> Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (338 millions) et 15-34 ans (130 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2012.		

est estimée entre 0 et 2,2 %. Parmi les élèves de 15 et 16 ans, dans la plupart des pays, la prévalence de la consommation de champignons hallucinogènes au cours de la vie est estimée entre 1 et 4 %<sup>(70)</sup>.

Les estimations de la prévalence de la consommation de GHB et de kétamine dans les populations adulte et scolaire sont nettement inférieures à celles de l'ecstasy. Aux Pays-Bas, où le GHB a été inclus dans l'enquête 2009 sur la population générale pour la première fois, 0,4 % de la population adulte (15-64 ans) a déclaré avoir consommé cette drogue au cours de la dernière année, soit une valeur similaire à la prévalence de la consommation d'amphétamine au cours de la dernière année. L'enquête britannique sur la criminalité, l'une des rares enquêtes nationales à suivre la kétamine, a observé une augmentation de la consommation de kétamine au cours de la dernière année chez les personnes de 16 à 24 ans, passant de 0,8 % en 2006-2007 à 2,1 % en 2010-2011.

Des enquêtes ciblées menées dans des lieux de vie nocturne permettent d'avoir une indication des drogues qui y sont disponibles, même si les taux de prévalence sont difficiles à interpréter. Des études récentes menées en République tchèque et aux Pays-Bas ainsi qu'une enquête sur l'internet menée depuis le Royaume-Uni font état de taux de prévalence de la consommation de GHB au cours de la vie estimés entre 4 et 11 %, et d'estimations de 8 à 48 % pour la kétamine, selon l'environnement ou le groupe de répondants. Au Danemark, une enquête menée dans une discothèque a indiqué que 10 % des répondants avaient consommé de la kétamine, du GHB, des champignons hallucinogènes ou du LSD. Les résultats d'une étude menée en 2011 dans des discothèques *gay friendly* du sud de Londres indiquent des niveaux élevés de consommation de ces substances parmi des sous-groupes de la population, 24 % des répondants considérant le GHB comme leur drogue préférée et exprimant l'intention d'en consommer dans la nuit même de l'enquête, et plus

<sup>(70)</sup> Données de l'ESPAD pour tous les pays, à l'exception de l'Espagne. Voir le graphique EYE-3 (partie v) du bulletin statistique 2011.



de 10 % donnant une réponse similaire pour la kétamine (Wood e.a., 2012b). Parmi les répondants britanniques à une enquête sur l'internet qui avaient été identifiés comme des *clubbers* réguliers, 40 % ont déclaré une consommation de kétamine au cours de la dernière année et 2 % une consommation de GHB au cours de la dernière année (Mixmag, 2012).

## Conséquences de la consommation d'amphétamines sur la santé

Une grande partie des études portant sur les effets de la consommation d'amphétamines sur la santé ont été menées dans des pays où l'inhalation de «crystal met», qui est pratiquement inexistante en Europe, représente une part importante du phénomène de la drogue. Bien qu'un grand nombre des effets sur la santé documentés dans ces études aient également été déclarés par des consommateurs d'amphétamines en Europe, il n'est pas certain que les conclusions de ces études puissent s'appliquer directement à la situation en Europe.

L'usage d'amphétamines illicites a été associé à divers effets néfastes aigus, notamment de l'agitation, des maux de tête, des tremblements, des nausées, des crampes abdominales, des sueurs, des vertiges et une perte d'appétit (OEDT, 2010c). Les usagers ayant des problèmes mentaux sous-jacents courent un risque élevé de souffrir d'effets néfastes psychologiques et psychiatriques aigus, qui peuvent aller de la morosité à la psychose paranoïde aiguë en passant par de l'anxiété, de l'agressivité et de la dépression. Au fur et à mesure que les effets stimulants s'estompent, les usagers peuvent ressentir des somnolences, ainsi que des troubles du jugement et de l'apprentissage.

Les effets néfastes chroniques associés à la consommation d'amphétamines comprennent des complications cardiovasculaires dues au risque cumulé d'affections cardiaques, de coronaropathie et d'hypertension pulmonaire. En cas de pathologie cardiovasculaire préexistante, l'usage d'amphétamines peut déclencher des accidents graves et potentiellement mortels (ischémie du myocarde et infarctus). De plus, la consommation de longue durée a été associée à des atteintes du cerveau et du système nerveux, un état de psychose et divers troubles de la personnalité et de l'humeur.

Des données probantes démontrent la présence d'un syndrome de dépendance aux amphétamines après une consommation intensive régulière. Les symptômes de manque qui y sont associés peuvent inclure une sensation

de besoin et de la dépression accompagnée d'une tendance suicidaire accrue (Jones e.a., 2011).

La consommation d'amphétamines par injection augmente le risque de maladies infectieuses (VIH et hépatites), et les taux élevés de comportement sexuel à risque rendent les consommateurs d'amphétamines plus vulnérables aux infections transmises sexuellement. En outre, le manque de nourriture et de sommeil peut avoir des effets négatifs sur la santé. L'usage d'amphétamines pendant la grossesse est associé à un déficit pondéral à la naissance, à la prématurité et à une morbidité fœtale accrue.

## Prévention dans les espaces récréatifs

En dépit des niveaux élevés de la consommation de drogue observés dans certains lieux récréatifs, onze pays seulement font rapport sur des stratégies de prévention et de réduction des risques dans ces espaces. Ces stratégies ont tendance à privilégier soit le niveau individuel, soit le niveau environnemental. Les projets à orientation individuelle comprennent des interventions d'éducation par des pairs et des interventions d'équipes mobiles — comme en Belgique, en République tchèque et au Royaume-Uni —, qui offrent des conseils et des informations sur les drogues, dispensent des traitements médicaux et distribuent du matériel de réduction des risques. D'autres approches à orientation individuelle déclarées reposent sur des interventions lors de festivals musicaux ou de grands événements récréatifs ciblées sur les jeunes présentant un risque élevé de rencontrer des problèmes. Ces interventions consistent, par exemple, à effectuer des analyses rapides pour détecter les problèmes de drogue, à prodiguer des premiers secours et à atténuer les «bad trips».

Une série d'approches réglementaires qui visent les lieux de vie nocturne se focalisent souvent sur l'octroi des licences aux débits de boissons et sur la promotion d'une attitude responsable chez les personnes servant de l'alcool. Ces interventions visent à améliorer la sécurité du personnel et des clients des lieux de vie nocturne en mettant en place une coopération formelle entre les principaux acteurs des environnements festifs (autorités locales, police et propriétaires des établissements).

Les approches environnementales peuvent inclure des initiatives de gestion des foules, un accès à de l'eau gratuite et un transport sûr pour la fin de nuit. En Slovaquie, le projet «After taxi» subventionne un transport en taxi pour les jeunes entre 16 et 30 ans. L'analyse de cette pratique suggère qu'elle pourrait aider à réduire le nombre d'accidents sans pour autant diminuer les

problèmes liés à l'alcool ou à la drogue (Calafat e.a., 2009). Autre exemple d'approche de prévention environnementale en milieu récréatif: les labels de qualité pour des soirées sûres que promeut le projet européen «Party+» en Belgique, au Danemark, en Espagne, aux Pays-Bas, en Slovénie et en Suède. Des données probantes suggèrent que l'efficacité des mesures réglementaires pour la prévention des comportements à risque dans les lieux de vie nocturne dépend des facteurs de mise en œuvre de ces mesures. Il importe également que les interventions de prévention de la drogue dans les bars et discothèques impliquent le personnel, qui peut aussi consommer des drogues et de l'alcool et montrer une certaine attitude à l'égard de ces substances.

Récemment lancée, l'initiative «Healthy Nightlife Toolbox» comprend trois bases de données (interventions évaluées, analyses de la littérature et coordonnées des experts travaillant dans ce domaine) et un manuel qui offre des orientations pour l'instauration d'une vie nocturne saine et sûre. Cette initiative met en lumière le fait que les mesures de prévention dans les espaces récréatifs devraient porter sur la consommation à la fois d'alcool et de drogues illicites, qui provoquent des problèmes similaires et sont souvent consommés en combinaison. L'initiative souligne aussi le fait que les interventions de prévention dans les espaces récréatifs peuvent avoir des effets bénéfiques sur divers comportements problématiques et maux, allant de problèmes de santé aigus liés à la consommation de drogue et d'alcool jusqu'à des comportements violents, en passant par la conduite sous influence et les rapports sexuels sans protection ou les contacts sexuels non désirés.

## Traitement

### Usage problématique d'amphétamines

Les options de traitement disponibles pour les usagers d'amphétamines en Europe diffèrent considérablement d'un pays à l'autre. Dans les pays d'Europe septentrionale et centrale ayant une longue expérience du traitement de l'usage d'amphétamines, certains programmes sont adaptés aux besoins des consommateurs d'amphétamines. Dans les pays d'Europe centrale et orientale où l'émergence d'un usage problématique important d'amphétamines est plus récente, les programmes de traitement sont principalement axés sur les opiomanes à problèmes, mais ils répondent de plus en plus aux besoins des usagers d'amphétamines. Dans les pays de l'ouest et du sud de l'Europe, qui notent un faible niveau de consommation problématique d'amphétamines,

l'absence de services spécialisés peut être un obstacle à l'accès au traitement des usagers d'amphétamines (OEDT, 2010c).

En 2011, douze pays ont mentionné l'existence de programmes de traitement spécialisés pour les usagers d'amphétamines qui recherchent activement un traitement, soit une hausse par rapport aux huit pays qui avaient fait une telle déclaration en 2008. Les experts nationaux d'Allemagne, de Lituanie, de République tchèque, du Royaume-Uni et de Slovaquie ont estimé que des programmes étaient disponibles pour la majorité des usagers d'amphétamines ayant besoin d'un traitement; dans les sept autres pays, ces programmes n'étaient disponibles que pour une minorité des usagers. La Bulgarie et la Hongrie ont annoncé la mise en œuvre prévue au cours des trois prochaines années de programmes de traitement spécifiques pour les usagers d'amphétamines.

Les interventions psychosociales dispensées dans des services ambulatoires constituent les premières options de traitement des usagers d'amphétamines. Ces interventions comprennent une remotivation, une thérapie cognitive et comportementale, l'apprentissage de la maîtrise de soi et des conseils comportementaux. Les approches psychologiques les plus fréquemment étudiées concernant la dépendance à la méthamphétamine et aux amphétamines sont la thérapie cognitive et comportementale et la gestion des contingences, parfois en combinaison (Lee et Rawson, 2008). Ces deux approches semblent être associées à des résultats positifs. Les usagers plus problématiques, par exemple ceux dont la dépendance aux amphétamines est compliquée par des troubles psychiatriques concomitants, peuvent recevoir un traitement dans des services antidrogue en hébergement, dans des cliniques psychiatriques ou en milieu hospitalier. En Europe, des médicaments (antidépresseurs, sédatifs ou antipsychotiques) sont administrés pour traiter les premiers symptômes de sevrage au début d'une désintoxication, qui se déroule généralement dans des services psychiatriques spécialisés dans le cadre d'une hospitalisation.

Un traitement plus long à base d'antipsychotiques est parfois prescrit dans le cas de psychopathologies longues dues à une consommation chronique d'amphétamines. Des professionnels européens rapportent que les symptômes psychologiques tels que l'autoutilisation, la violence, l'agitation et la dépression, dont souffrent souvent les usagers d'amphétamines à problèmes, peuvent nécessiter une évaluation complète de la santé mentale, un traitement et un suivi minutieux. De tels cas sont souvent traités en liaison étroite avec des services de santé mentale.

### Études sur le traitement de la dépendance aux amphétamines

Les niveaux de rémission spontanée d'une dépendance aux amphétamines, sans intervention de traitement, étaient plus élevés chez les usagers d'amphétamines — rémission pour près d'une personne sur deux au cours d'une année donnée — que chez les consommateurs d'autres substances entraînant une dépendance (Calabria e.a., 2010).

Plusieurs drogues ont été étudiées pour le traitement de la dépendance à l'amphétamine et à la méthamphétamine mais des données réellement probantes restent à fournir concernant toute thérapie pharmacologique (Karila e.a., 2010). Même si une certaine réduction de l'usage d'amphétamine et de méthamphétamine a été rapportée pour les thérapies à base de Modafinil, de Bupropion ou de naltrexone, des recherches plus approfondies doivent être menées pour clarifier le rôle possible de ces substances dans le traitement des patients dépendants aux amphétamines.

La dexamphétamine et le méthylphénidate ont montré du potentiel comme thérapies de substitution pour la dépendance à l'amphétamine ou à la méthamphétamine. Une étude pilote a suggéré que la dexamphétamine pouvait accroître l'engagement envers le traitement chez les patients souffrant d'une dépendance à l'amphétamine (Shearer e.a., 2001); par ailleurs, l'administration de méthylphénidate à libération prolongée a eu pour effet d'accroître le maintien en traitement et de réduire le niveau de dépendance à la méthamphétamine chez les patients ayant participé à un essai récent (Longo e.a., 2010). Une étude randomisée a montré que le méthylphénidate pouvait efficacement réduire la

consommation par injection chez les patients souffrant d'une dépendance sévère à l'amphétamine (Tiihonen e.a., 2007).

### Dépendance au gamma-hydroxybutyrate et traitement

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

Jusqu'à présent, les études se sont exclusivement intéressées à la description du syndrome de manque associé au GHB et aux complications connexes, qui peuvent être difficiles à reconnaître en cas d'urgence (van Noorden e.a., 2009). Ces symptômes peuvent inclure des tremblements, de l'anxiété, de l'insomnie et de l'agitation. Les patients en manque peuvent également développer une psychose et un délire. Un sevrage doux peut être géré dans des structures ambulatoires; à défaut, une surveillance en milieu hospitalier est recommandée. Pour l'instant, aucun protocole standard n'a été mis au point pour le traitement du syndrome de manque lié au GHB.

Les benzodiazépines et les barbituriques sont les médicaments les plus couramment utilisés pour traiter le syndrome de manque lié au GHB. Aux Pays-Bas, une étude en cours examine la possibilité de proposer aux patients dépendants au GHB une désintoxication contrôlée avec usage de doses ajustées de GHB pharmaceutique.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## Chapitre 5

### Cocaïne et crack

#### Introduction

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

#### Offre et disponibilité

##### Production et trafic

La culture de la coca, la plante à la base de la cocaïne, reste concentrée dans trois pays de la région des Andes: la

Bolivie, la Colombie et le Pérou. Pour l'année 2012, l'ONUDC (2011) estimait que la superficie de culture de coca couvrait 149 000 hectares, un recul de 6 % par rapport à l'estimation de 159 000 hectares en 2009. Ce recul est en grande partie attribué à une réduction de la superficie de culture de la coca en Colombie, qui a été partiellement compensée par une augmentation des superficies cultivées en Bolivie et au Pérou. Les 149 000 hectares de coca se traduisaient par une production potentielle comprise entre 788 et 1 060 tonnes de cocaïne pure, contre une estimation comprise entre 842 et 1 111 tonnes en 2009 (ONUDC, 2012; voir également le tableau 7).

Le processus de transformation des feuilles de coca en chlorhydrate de cocaïne s'effectue essentiellement en Bolivie, en Colombie et au Pérou, bien qu'il puisse également avoir lieu dans d'autres pays. L'importance de la Colombie dans la production de cocaïne est corroborée par les informations sur les laboratoires démantelés et les saisies de permanganate de potassium, un réactif chimique utilisé dans la synthèse du chlorhydrate de

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

	Cocaïne en poudre (chlorhydrate)	Crack (cocaïne base) <sup>(1)</sup>
<b>Estimation de la production mondiale (en tonnes de cocaïne pure)</b>	788-1 060	Pas d'application
<b>Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes de cocaïne, pureté inconnue)</b>	694	Pas d'application
<b>Quantité saisie (en tonnes)</b>		
UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	61 (61)	0,07 (0,07)
<b>Nombre de saisies</b>		
UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	86 000 (88 000)	7 000 (7 000)
<b>Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme)</b>		
Intervalle (Intervalle interquartile) <sup>(2)</sup>	45-144 (49,9-73,4)	49-58
<b>Pureté moyenne (%)</b>		
Intervalle (Intervalle interquartile) <sup>(2)</sup>	22-55 (27,9-45,9)	10-62

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

<sup>(2)</sup> Intervalle contenant la moitié médiane des données déclarées.

NB: Toutes les données se rapportent à 2010; «Pas d'application» peut aussi signifier «Données non disponibles».

Sources: ONUDC (2012) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.

cocaïne. En 2010, 2 623 laboratoires de cocaïne ont été démantelés (ONUDD, 2012) et un total de 26 tonnes de permanganate de potassium a été saisi en Colombie (81 % des saisies mondiales) (OICS, 2012a).

Le trafic de cocaïne à destination de l'Europe semble transiter par la plupart des pays d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale, mais surtout par l'Argentine, le Brésil, l'Équateur, le Mexique et le Venezuela. Les îles Caraïbes sont aussi fréquemment utilisées pour le transbordement de la drogue vers l'Europe. Ces dernières années, d'autres itinéraires passant par l'Afrique de l'Ouest (OEDT et Europol, 2010) et l'Afrique du Sud (OICS, 2012b) ont été identifiés.

La Belgique, l'Espagne, les Pays-Bas et le Portugal semblent être les principaux points d'entrée de la cocaïne en Europe. L'Allemagne, la France et le Royaume-Uni sont souvent mentionnés comme d'importants pays de transit ou d'importation en Europe. Le Royaume-Uni estime que 25 à 30 tonnes de cocaïne sont importées chaque année dans le pays. Selon des rapports récents, le trafic de cocaïne s'étend vers l'est (OEDT et Europol, 2010). La contrebande de cocaïne passe de plus en plus par le sud-est et l'est de l'Europe, en particulier le long des routes des Balkans (OICS, 2012b) et vers les ports de Lettonie et de Lituanie. Des quantités d'ampleur inhabituelle ont ainsi été interceptées en 2010 en Estonie, en Lettonie et en Turquie.

### 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 2010, les saisies de cocaïne à l'échelle mondiale sont restées assez stables, à environ 694 tonnes (voir le tableau 7) (ONUDD, 2012). L'Amérique du Sud reste la région du monde qui intercepte les plus grandes quantités de cette drogue, avec 52 % des saisies totales, suivie par l'Amérique du Nord (25 %), l'Amérique centrale (12 %) et l'Europe (9 %) (ONUDD, 2012).

Après avoir augmenté pendant vingt ans, le nombre de saisies de cocaïne en Europe a atteint un pic à environ 100 000 en 2008, puis a diminué pour s'établir à 88 000 en 2010 selon les estimations. La quantité totale interceptée a culminé en 2006 et a diminué de moitié (59 tonnes) en 2009. Cette baisse est, dans une large mesure, due aux quantités moindres saisies en Espagne et au Portugal<sup>(71)</sup>. Les quantités de cocaïne interceptées en Europe en 2010 ont légèrement augmenté pour s'établir à un total estimé de 61 tonnes, cela surtout en raison d'une hausse considérable des saisies en Belgique et de l'interruption de la tendance à la baisse déclarée en Espagne et au Portugal. En 2010, l'Espagne était toujours le pays déclarant à la fois

la plus grande quantité de cocaïne saisie et le nombre le plus élevé de saisies de cette drogue en Europe.

### Pureté et prix

En 2010, la pureté moyenne des échantillons de cocaïne saisis était comprise entre 27 et 46 % dans la moitié des pays déclarants. Les valeurs les plus basses ont été enregistrées en Hongrie (22 %), au Danemark et au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles) (détail uniquement, 24 %, pour ces deux pays), et les plus élevées en Belgique (55 %), en Turquie (53 %) et aux Pays-Bas (52 %) (72). Sur les vingt-trois pays qui ont fourni des données suffisantes pour permettre une analyse de l'évolution de la pureté de la cocaïne au cours de la période 2005-2010, vingt ont déclaré une diminution et trois (Allemagne, Lettonie et Portugal) une tendance à la stabilisation ou à l'augmentation. Globalement, la pureté de la cocaïne a baissé en moyenne de 22 % dans l'Union européenne entre 2005 et 2010, selon les estimations (73).

### Trafic de drogue transitant par l'aviation générale

Le trafic de drogue par voie aérienne est un problème de plus en plus présent ces dernières années. En effet, selon l'ONUDD (2011b), la majorité des cargaisons d'héroïne, de cocaïne et de stimulants de type amphétamine en provenance d'Afrique arrivent en Europe par avion. Le groupe «Aéroports» du groupe Pompidou du Conseil de l'Europe a été mis en place afin de développer et d'harmoniser les outils et systèmes utilisés pour améliorer la détection de la drogue dans les aéroports européens. Avec le soutien des bureaux régionaux de liaison chargés du renseignement (Europe occidentale) et de l'Organisation mondiale des douanes, des fonctionnaires de trente-cinq pays, principalement d'Europe, analysent chaque année les données sur les saisies liées au transport aérien ou au courrier aérien. En 2010, les douanes des pays participants ont intercepté quelque 15 tonnes de drogues illicites, dont la moitié était de la cocaïne, dans les aéroports et les centres de desserte postale.

Le recours à l'aviation générale et l'utilisation non commerciale d'avions de taille moyenne ou légers, opérant habituellement au départ de petits terrains d'aviation, ont été identifiés comme un problème important, car ces moyens peuvent être utilisés par des organisations criminelles pour assurer le trafic de drogues. Dans le but d'harmoniser les approches, le groupe «Aéroports» a publié en 2003 un manuel sur l'organisation et la réalisation de contrôles dans le secteur de l'aviation générale. En réponse aux conclusions tirées par le Conseil de l'UE en 2010, dans lesquelles celui-ci encourageait les États membres à se focaliser sur ce risque, le groupe «Aéroports» a également formé un groupe de travail, qui a élaboré vingt indicateurs clés de risque de trafic de drogue transitant par l'aviation générale.

(71) Voir les tableaux SZR-9 et SZR-10 du bulletin statistique 2012.

(72) Pour les données relatives à la pureté et aux prix, voir les tableaux PPP-3 et PPP-7 du bulletin statistique 2012.

(73) Voir le graphique PPP-2 du bulletin statistique 2012.



En 2010, le prix de vente moyen au détail de la cocaïne oscillait entre 49 et 74 euros le gramme dans la plupart des pays déclarants. Les Pays-Bas et la Pologne ont déclaré le prix moyen le plus bas (45 euros) et le Luxembourg le plus élevé (144 euros). Sur les vingt-trois pays possédant suffisamment de données pour procéder à une comparaison, vingt ont déclaré une stabilisation ou une baisse des prix au détail de la cocaïne entre

### Analyse des eaux usées: une étude portant sur dix-neuf villes

L'épidémiologie des eaux d'égout, aussi appelée «analyse des eaux usées», est une discipline scientifique en pleine expansion qui pourrait contribuer à surveiller les tendances des niveaux de population en matière de consommation de substances illicites. En prélevant des échantillons à une source d'eaux usées, par exemple un cours émissif d'égout débouchant dans une centrale d'épuration, les scientifiques peuvent estimer la quantité totale de drogues consommées par une communauté grâce à la mesure des concentrations de métabolites de drogues illicites excrétées dans l'urine.

En mars 2011, une étude pilote européenne a recueilli et analysé des échantillons d'eaux usées dans dix-neuf villes de douze pays européens<sup>(1)</sup>, représentant une population combinée d'environ quinze millions d'Européens (Thomas e.a., dans la presse).

La consommation de cocaïne a été évaluée en mesurant la concentration en benzoylcgonine, un métabolite de la cocaïne, dans les eaux usées. Les résultats ont fortement varié entre les villes et entre les pays, les concentrations les plus élevées ayant été relevées dans des villes de Belgique et des Pays-Bas, où la consommation de cocaïne dans la communauté a été estimée entre 500 et 2 000 milligrammes par 1 000 personnes et par jour. Quant aux estimations les plus basses, elles concernaient des villes de pays du nord et de l'est de l'Europe (2 à 146 milligrammes par 1 000 personnes et par jour). Dans la plupart des villes, les niveaux d'usage de cocaïne augmentaient pendant le week-end, témoignant de la consommation récréative de cette drogue.

Les résultats des études des eaux usées doivent être interprétés avec prudence. En effet, les conclusions tirées d'un instantané spécifique à une ville ne peuvent être extrapolées pour représenter les niveaux de consommation de l'ensemble d'un pays. De plus, les résultats de différentes villes ne sont pas toujours comparables, car il existe des différences d'échantillonnage et des incertitudes liées à la fiabilité des mesures interlaboratoires. Toutefois, si ces méthodes n'apportent pas des données de prévalence aussi détaillées que celles des enquêtes sur la drogue (par exemple concernant la consommation au cours de la vie, récente ou actuelle), leur capacité à fournir des estimations objectives et en temps utile de la consommation de drogues illicites dans une population ciblée en fait un complément utile des outils de suivi existants.

<sup>(1)</sup> Pour plus d'information, consultez le site internet de l'OEDT.

2005 et 2010. Au cours de cette période, le prix de vente au détail de la cocaïne dans l'Union européenne a chuté de 18 % en moyenne, selon les estimations <sup>(74)</sup>.

### Prévalence et modes de consommation

Dans certains pays européens, un nombre important de personnes n'ont consommé de la cocaïne qu'une ou deux fois à titre d'expérimentation (Van der Poel e.a., 2009). Chez les consommateurs plus réguliers de cocaïne, on peut distinguer deux grands groupes. Le premier se compose de consommateurs intégrés socialement, qui consomment généralement de la cocaïne le week-end, lors de soirées ou en d'autres occasions spéciales, parfois en plus grandes quantités («binges») ou fréquemment. Un grand nombre de ces consommateurs déclarent contrôler leur consommation de cocaïne en se fixant des règles, par exemple sur la quantité, la fréquence ou le contexte. Le second groupe comprend les consommateurs intensifs de cocaïne et de crack appartenant à des groupes socialement plus marginalisés ou défavorisés, notamment des anciens opiomanes ou des consommateurs actuels d'opiacés, qui prennent du crack ou s'injectent de la cocaïne.

### Consommation de cocaïne dans la population générale

Au cours des dix dernières années, la cocaïne est devenue le stimulant illicite le plus couramment consommé en Europe, bien que la plupart des consommateurs soient concentrés dans un petit nombre de pays à prévalence élevée, dont certains recensent des populations importantes de consommateurs. On estime à environ 15,5 millions le nombre d'Européens qui en ont consommé au moins une fois dans leur vie, soit une moyenne de 4,6 % d'adultes âgés de 15 à 64 ans (voir le tableau 8 pour un résumé des données). Les chiffres nationaux oscillent entre 0,3 et 10,2 %, mais douze pays déclarants sur vingt-quatre, dont la plupart des pays d'Europe centrale et orientale, font état de faibles niveaux de prévalence au cours de la vie (0,5 à 2,5 %).

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

L'Irlande, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni déclarent des niveaux de consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois supérieurs à la moyenne européenne.

<sup>(74)</sup> Voir le graphique PPP-1 du bulletin statistique 2012.



Dans l'ensemble de ces pays, les données relatives à la prévalence au cours des douze derniers mois montrent que la cocaïne est le stimulant illicite le plus couramment consommé.

### Consommation de cocaïne chez les jeunes adultes

En Europe, on estime à quelque 8 millions, soit une moyenne de 6,3 %, le nombre de jeunes adultes (15-34 ans) qui ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie. Les chiffres nationaux sont compris entre 0,7 et 13,6 %. La moyenne européenne relative à la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois pour cette tranche d'âge est estimée à 2,1 % (environ 3 millions de personnes) et à 0,8 % (1 million de personnes) pour la consommation au cours du dernier mois.

La consommation est particulièrement élevée chez les jeunes hommes (15-34 ans), avec une prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois comprise entre 4 et 6,5 % au Danemark, en Irlande, en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni <sup>(75)</sup>. Dans seize pays déclarants, le ratio hommes/femmes pour la prévalence de la consommation de cocaïne chez les jeunes adultes est au moins de deux hommes pour une femme <sup>(76)</sup>.

Des enquêtes ciblées mettent en évidence les niveaux élevés de consommation de cocaïne parmi les clients réguliers des discothèques et autres lieux récréatifs. Par exemple, une étude réalisée en 2010 parmi les visiteurs des bars d'Amsterdam a montré que la prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze

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

Tranche d'âge	Période de consommation		
	Au cours de la vie	Dernière année	Dernier mois
<b>15-64 ans</b>			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	15,5 millions	4 millions	1,5 millions
Moyenne européenne	4,6 %	1,2 %	0,5 %
Plage de données	0,3-10,2 %	0,1-2,7 %	0,0-1,3 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Roumanie (0,3 %) Lituanie (0,5 %) Grèce (0,7 %) Pologne (0,8 %)	Grèce, Roumanie (0,1 %) Hongrie, Pologne, Lituanie, Finlande (0,2 %) République tchèque (0,3 %)	Roumanie, Grèce, Finlande (0,0 %) République tchèque, Suède, Pologne, Lituanie, Estonie (0,1 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Espagne (10,2 %) Royaume-Uni (8,9 %) Italie (7,0 %) Irlande (6,8 %)	Espagne (2,7 %) Royaume-Uni (2,2 %) Italie (2,1 %) Irlande (1,5 %)	Espagne (1,3 %) Royaume-Uni (0,8 %) Chypre, Italie (0,7 %) Autriche (0,6 %)
<b>15-34 ans</b>			
Nombre estimé de consommateurs en Europe	8 millions	3 millions	1 millions
Moyenne européenne	6,3 %	2,1 %	0,8 %
Plage de données	0,7-13,6 %	0,2-4,4 %	0,0-2,0 %
Pays où la prévalence est la plus faible	Lituanie, Roumanie (0,7 %) Grèce (1,0 %) Pologne (1,3 %) République tchèque (1,6 %)	Grèce, Roumanie (0,2 %) Pologne, Lituanie (0,3 %) Hongrie (0,4 %) République tchèque (0,5 %)	Roumanie, Finlande (0,0 %) Grèce, Pologne, Lituanie, Norvège (0,1 %) République tchèque, Hongrie, Estonie (0,2 %)
Pays où la prévalence est la plus élevée	Espagne (13,6 %) Royaume-Uni (12,8 %) Irlande (9,4 %) Danemark (8,9 %)	Espagne (4,4 %) Royaume-Uni (4,2 %) Italie (2,9 %) Irlande (2,8 %)	Espagne (2,0 %) Royaume-Uni (1,6 %) Chypre (1,3 %) Italie (1,1 %)

NB: Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Pour obtenir des estimations du nombre total de consommateurs en Europe, la moyenne européenne est appliquée aux pays ne disposant pas de données sur la prévalence (ne représentant pas plus de 3 % de la population cible pour les estimations au cours de la vie et de la dernière année, mais 18 % pour l'estimation au cours du dernier mois). Populations utilisées comme base: 15-64 ans (338 millions) et 15-34 ans (130 millions). Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les données résumées ici sont disponibles dans les «Enquêtes sur la population générale» du bulletin statistique 2012.

<sup>(75)</sup> Voir le graphique GPS-13 du bulletin statistique 2012.

<sup>(76)</sup> Voir le tableau GPS-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2012.

derniers mois atteignait 24 %. En République tchèque, sur plus de 1 000 répondants à un questionnaire soumis en ligne en 2010, dont la promotion avait été assurée par des médias de la *dance music* électronique, 29 % ont déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois. Une enquête en ligne menée en 2011 a révélé que 42 % des plus de 7 000 répondants britanniques avaient consommé de la cocaïne au cours de l'année précédente (Mixmag, 2012).

Dans les espaces récréatifs, la consommation de cocaïne est fortement liée à celle d'alcool et d'autres drogues illicites. Les données provenant d'enquêtes de population de neuf pays ont montré que la prévalence de la consommation de cocaïne est entre deux et neuf fois plus élevée chez les gros buveurs épisodiques <sup>(77)</sup> que dans la population générale (OEDT, 2009b). Selon l'enquête britannique sur la criminalité (2010/2011), les adultes qui boivent régulièrement de l'alcool sont plus susceptibles de trouver acceptable la prise de cocaïne que les adultes qui boivent moins souvent ou pas du tout; en outre, une association a été identifiée entre l'augmentation de la fréquence des visites à une discothèque ou un bar et l'augmentation du niveau de consommation de cocaïne.

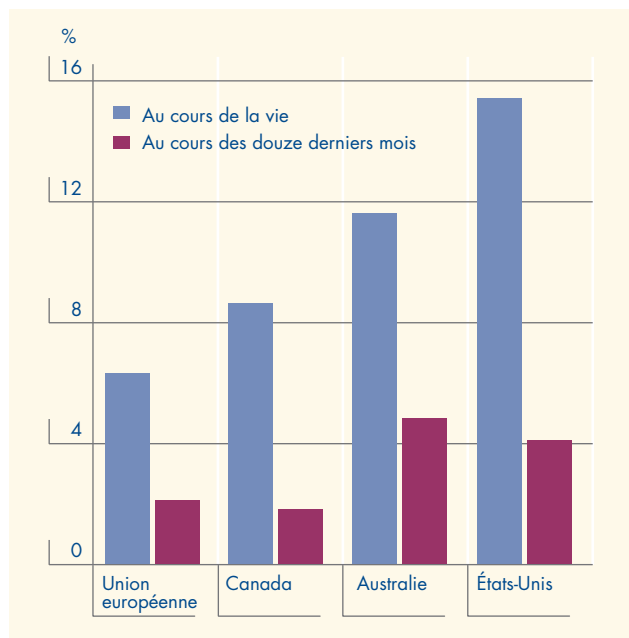
### Comparaisons internationales

Comparativement à certaines autres parties du monde pour lesquelles des données fiables existent, l'estimation de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes en Europe (2,1 %) est inférieure aux estimations réalisées chez les jeunes adultes en Australie (4,8 %) et aux États-Unis (4,0 % parmi les personnes de 16 à 34 ans), mais proche de la prévalence observée au Canada (1,8 %). Deux pays européens, à savoir l'Espagne (4,4 %) et le Royaume-Uni (4,2 %), déclarent des chiffres similaires à ceux de l'Australie et des États-Unis (voir le graphique 9).

### Consommation de cocaïne chez les élèves

Selon l'enquête scolaire ESPAD la plus récente, la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie chez les élèves de 15 et 16 ans se situe entre 1 et 2 % dans treize des vingt-quatre États membres de l'UE participants, ainsi qu'en Croatie et en Norvège. À une exception près, tous les autres pays font état de niveaux de prévalence entre 3 et 4 %, tandis que l'enquête ESPAD réalisée au Royaume-Uni et les autres enquêtes en milieu scolaire menées dans ce pays déclarent une prévalence de 5 % <sup>(78)</sup>. En Espagne, l'enquête nationale menée en milieu

**Graphique 9** — Prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois et au cours de la vie chez les jeunes adultes (15 à 34 ans) dans l'Union européenne, en Australie, au Canada et aux États-Unis



**NB:** Les estimations européennes de la prévalence sont calculées sur la base des estimations nationales de la prévalence pondérées par la population de la tranche d'âge concernée dans chaque pays. Les estimations européennes sont basées sur des enquêtes réalisées entre 2004 et 2010-2011 (principalement entre 2008 et 2010) et ne renvoient donc pas à une seule année. Les enquêtes dans les pays non européens ont été réalisées en 2010. La tranche d'âge considérée dans l'enquête aux États-Unis est celle des 16 à 34 ans (recalculée à partir des données originales).

Sources: Points focaux nationaux Reitox, AIHW (2011), Cadums (2010), Samhsa (2010).

scolaire fait état d'un taux de 3 %. À titre de comparaison, la consommation de cette drogue au cours de la vie chez les élèves d'âge similaire aux États-Unis est estimée à 3 %. Lorsque des données sont disponibles pour les élèves plus âgés (17 et 18 ans), la prévalence de la consommation de cocaïne au cours de la vie est généralement supérieure, atteignant jusqu'à 7 % en Espagne <sup>(79)</sup>.

### Tendances de la consommation de cocaïne

Pendant plus d'une décennie, les rapports ont montré des tendances à l'augmentation de la consommation de cocaïne dans le petit nombre de pays européens affichant les prévalences les plus élevées, après quoi un pic a été atteint en 2008-2009. De récentes enquêtes sur la consommation de cocaïne révèlent des signes positifs dans ces pays et évoquent la possibilité d'un recul de la popularité de cette drogue. En outre, des études qualitatives réalisées dans des espaces récréatifs suggèrent une certaine altération

<sup>(77)</sup> La consommation ponctuelle immodérée d'alcool, aussi connue sous l'appellation anglaise de «*binge drinking*», s'entend ici comme l'absorption de six verres ou plus d'une boisson alcoolisée en une seule occasion au moins une fois par semaine au cours de l'année écoulée.

<sup>(78)</sup> Voir le tableau EYE-11 du bulletin statistique 2012.

<sup>(79)</sup> Voir les tableaux EYE-10 à EYE-30 du bulletin statistique 2012.

de l'image de la cocaïne comme drogue prestigieuse (au Danemark et aux Pays-Bas).

Sept pays déclarent une prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (15-34 ans) supérieure à la moyenne européenne de 2,1 %<sup>(80)</sup>. Dans leurs enquêtes les plus récentes, le Danemark, l'Irlande, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni ont tous observé un recul ou une stabilisation de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes, faisant écho à la tendance observée au Canada et aux États-Unis, mais pas en Australie, qui a fait état d'une augmentation (voir le graphique 10). Parmi les deux autres pays où la prévalence est la plus élevée, Chypre a déclaré une augmentation dans son enquête la plus récente, de 0,7 % en 2006 à 2,2 % en 2009; pour ce qui concerne les Pays-Bas, alors qu'ils ont fait état d'une prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes de 2,4 % en 2009, la comparaison avec les enquêtes précédentes serait inutile, car la méthodologie suivie a été modifiée.

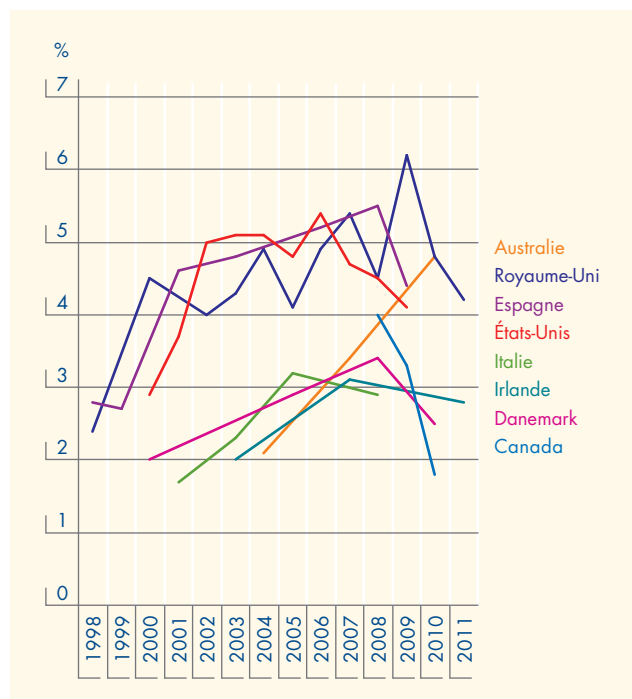
Dans douze autres pays ayant mené des enquêtes répétées, la consommation de cocaïne est relativement faible et, dans la plupart des cas, stable. Les éventuelles exceptions à cette règle sont la Bulgarie, la France et la Suède, qui ont montré des signes d'augmentation, et la Norvège, où la tendance semble s'orienter à la baisse. Il convient toutefois de garder à l'esprit que des modifications minimales d'une prévalence faible doivent être interprétées avec prudence. En Bulgarie, la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes est passée de 0,7 % en 2005 à 1,5 % en 2008, en France de 1,2 % en 2005 à 1,9 % en 2010, et en Suède, elle a progressé de 0 % en 2000 à 1,2 % en 2008<sup>(81)</sup>. La Norvège a constaté une baisse, la consommation de cocaïne passant de 1,8 % en 2004 à 0,8 % en 2009.

Sur les vingt-trois pays qui ont participé à la fois à l'édition 2011 et à l'édition 1995 ou 1999 de l'enquête ESPAD, dix-huit ont observé une hausse de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois comprise entre 1 et 3 %, et aucun n'a enregistré de diminution. Bien que les niveaux de prévalence demeurent globalement faibles, la hausse généralisée constatée dans de nombreux pays appelle une vigilance sans relâche.

## Conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé

Il semble que l'ampleur des conséquences de la consommation de cocaïne sur la santé soit sous-estimée. Cela pourrait être dû en partie à la nature souvent non spécifique

**Graphique 10** – Tendances de la prévalence de la consommation de cocaïne au cours des douze derniers mois chez les jeunes adultes (âgés de 15 à 34 ans) dans les cinq États membres de l'UE où elle est la plus élevée, en Australie, au Canada et aux États-Unis



NB: Voir le graphique GPS-14 (partie ii) du bulletin statistique 2012 pour de plus amples informations. Pour les enquêtes non européennes, les tranches d'âge sont les suivantes : États-Unis, de 16 à 34 ans; Canada, de 15 à 34 ans; Australie, de 15 à 34 ans pour 2010 et de 14 à 39 ans pour les enquêtes antérieures.

Sources: Points focaux nationaux Reitox, AIHW (2011), Cadums (2010), Samhsa (2010).

ou chronique des pathologies généralement induites par une consommation prolongée de cocaïne (voir le chapitre 7). La consommation régulière de cocaïne, notamment sniffée, peut être associée à des troubles cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques et à des risques d'accidents et de transmission de maladies infectieuses dues à des rapports sexuels non protégés (Brugal e.a., 2009). Des études réalisées dans des pays où la consommation est élevée indiquent qu'une proportion considérable des problèmes cardiaques survenant chez les jeunes pourrait avoir un rapport avec la consommation de cocaïne.

L'injection de cocaïne et la consommation de crack sont associées aux risques les plus graves pour la santé, dont des problèmes cardiovasculaires et de santé mentale (OEDT, 2007a). Si l'on établit une comparaison avec la population générale des consommateurs de cocaïne, les données récentes relatives aux urgences hospitalières en Espagne révèlent une surreprésentation des consommateurs qui s'injectent cette drogue ou la fument.

<sup>(80)</sup> Voir le tableau GPS-2 du bulletin statistique 2012.

<sup>(81)</sup> Voir le graphique GPS-14 (partie i) du bulletin statistique 2012.

### Urgences hospitalières liées à la cocaïne: une intervention précoce est-elle possible?

Une récente étude européenne a identifié un triplement des urgences hospitalières liées à la cocaïne dans certains pays depuis la fin des années 1990, avec un pic atteint vers 2008 en Espagne et au Royaume-Uni (Mena e.a., dans la presse). Ces données correspondent aux tendances de prévalence de la consommation dans la population générale, ainsi qu'aux rapports concernant les décès liés à la cocaïne. Cinq des six pays ayant déclaré les nombres les plus élevés d'urgences hospitalières liées à la cocaïne en 2008-2010 (Danemark, Irlande, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni) font également état d'une prévalence de la consommation de cocaïne supérieure à la moyenne européenne. Le fait que la plupart de ces urgences hospitalières concernent des jeunes adultes, et les deux tiers des hommes, correspond lui aussi aux données de prévalence.

Certains pays européens réalisent maintenant un suivi des dangers liés à la cocaïne en utilisant les données des admissions dans les services d'urgence et des hospitalisations de patients. Des données sur les cas peuvent également provenir des services de toxicologie, des services de premiers secours aux toxicomanes, des appels passés aux centres antipoison ou des dossiers des brigades des stupéfiants à la police. L'Espagne et les Pays-Bas, en particulier, fournissent des données relativement fiables. D'autres pays recourent souvent à des systèmes dits «sentinelles» mis en place dans certains hôpitaux.

Malgré leur hétérogénéité, les données sur les urgences hospitalières en Europe constituent un indicateur utile des tendances et mettent en évidence un domaine présentant un potentiel largement inexploité: celui de l'évaluation, de l'intervention précoce et du renvoi de milliers de patients cocaïnomanes chaque année.

### Usage problématique de cocaïne

Les formes les plus dommageables de l'usage de cocaïne comprennent la consommation régulière ou de longue durée de cette drogue ou sa consommation par injection. Étant donné qu'aucun pays européen ne possède d'estimations indirectes nationales récentes de l'usage problématique de cocaïne, les principales sources d'information pouvant renseigner sur l'étendue de l'usage des formes les plus dommageables de la consommation de cocaïne sont les enquêtes menées auprès de la population générale, les données relatives aux toxicomanes entamant un traitement et les études de l'usage de crack.

Un certain nombre de pays ont recueilli des données sur la consommation intensive de cocaïne dans des enquêtes auprès de la population générale. Même si ces enquêtes

ont tendance à négliger les consommateurs marginalisés, elles sont potentiellement capables d'atteindre les consommateurs intensifs de cocaïne socialement intégrés. Une enquête auprès de la population générale menée en 2009 et ayant effectué des mesures de la fréquence de consommation a estimé à plus de 140 500 le nombre de consommateurs intensifs de cocaïne<sup>(82)</sup>, soit environ 4,5 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Une étude réalisée dans la ville d'Oslo, en Norvège, également basée sur des mesures de la fréquence de consommation prises dans une série d'enquêtes (menées auprès de la population générale, des détenus et des usagers de drogue par injection), a identifié entre 1 600 et 2 000 usagers de cocaïne à problèmes<sup>(83)</sup>, soit 4 cas pour 1 000 habitants âgés de 15 à 64 ans. En Allemagne, la prévalence des problèmes liés à la cocaïne a été estimée à environ 2 cas pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans en utilisant l'échelle de gravité de la dépendance.

La consommation de crack est très inhabituelle chez les consommateurs de cocaïne socialement intégrés et touche essentiellement les groupes marginalisés et défavorisés, comme les travailleurs du sexe et les usagers d'opiacés à problèmes. En Europe, elle est, dans une large mesure, un phénomène urbain (Connolly e.a., 2008; Prinzleve e.a., 2004) et montre des signes de prévalence globale très faible. À Londres, la consommation de crack est considérée comme un élément majeur du phénomène de la drogue dans la capitale. Des estimations régionales de la consommation problématique de crack ne sont disponibles que pour l'Angleterre, où les estimations évaluaient à 184 000 le nombre d'usagers de crack à problèmes en 2009-2010, soit 5,4 cas (5,2 à 5,7) pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans. Une majorité de ces usagers de crack consomme aussi des opiacés.

### Demandes de traitement

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

La cocaïne était citée comme la principale raison de commencer un traitement pour dépendance par environ

<sup>(82)</sup> Ces consommateurs sont définis comme les personnes de plus de 20 ans ayant consommé de la cocaïne pendant au moins 30 jours au cours des douze derniers mois ou au moins 10 jours au cours du dernier mois, ou comme les personnes de moins de 20 ans ayant consommé de la cocaïne pendant 10 jours ou plus au cours des douze derniers mois et au moins un jour au cours du dernier mois.

<sup>(83)</sup> Ces usagers sont définis comme les personnes ayant consommé cette drogue plus d'une fois par semaine.

15 % de tous les patients admis en traitement en 2010. Parmi les patients entamant un traitement pour la première fois, le pourcentage de consommateurs primaires de cocaïne était le plus élevé (21 %).

On constate des écarts importants entre les pays en termes de proportion et de nombre de consommateurs de cocaïne. Les chiffres les plus élevés sont ceux de l'Espagne (44 %), de l'Italie (29 %) et des Pays-Bas (26 %). Les patients traités pour dépendance à la cocaïne représentent entre 10 et 15 % de tous les toxicomanes en traitement en Belgique, en Irlande, à Chypre, au Luxembourg, à Malte, au Portugal et au Royaume-Uni. Ailleurs en Europe, les consommateurs de cocaïne représentent moins de 10 % des patients commençant un traitement, sept pays déclarant que moins de 1 % de ces patients désignent la cocaïne comme leur drogue primaire. Dans l'ensemble, cinq pays (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) représentent environ 90 % du total des patients traités pour dépendance à la cocaïne déclarés par vingt-neuf pays européens <sup>(84)</sup>.

Selon les déclarations de vingt-cinq pays ayant fourni des données pour la période 2005-2010, la tendance concernant le nombre de patients déclarés entrant en traitement pour une dépendance à la cocaïne comme drogue primaire a été à la hausse jusqu'en 2008 (passant de 55 000 à 71 000 patients), s'est stabilisée en 2009 (70 000 patients) et a légèrement diminué en 2010 (67 000 patients) <sup>(85)</sup>. Le nombre de patients en traitement pour dépendance à la cocaïne a reculé dans treize pays entre 2007-2008 et 2010, certains pays (Espagne, Pays-Bas, Portugal et Royaume-Uni) faisant état d'une diminution pouvant atteindre 40 % pour les patients qui entament un traitement pour la première fois. Aux Pays-Bas, le nombre de nouveaux patients en traitement pour dépendance à la cocaïne a reculé entre 2009 et 2010, pendant que le nombre de patients réadmis en traitement pour dépendance à la cocaïne, en particulier ceux qui citent les opiacés comme drogue secondaire, était déclaré stable (Ouweland e.a., 2011).

### Profil des patients en traitement ambulatoire

Les patients admis en traitement ambulatoire pour consommation primaire de cocaïne présentent un ratio hommes/femmes élevé (environ cinq hommes pour une femme) et l'une des moyennes d'âge les plus élevées (33 ans) des patients traités pour toxicomanie. Les consommateurs primaires de cocaïne déclarent avoir

consommé cette drogue pour la première fois à un âge moyen de 22 ans, et 87 % d'entre eux avant l'âge de 30 ans <sup>(86)</sup>.

La plupart des patients consommateurs de cocaïne déclarent la sniffer (65 %) ou la fumer (27 %), comme mode principal d'administration, et seuls 6 % des patients déclarent l'injection comme mode principal d'administration. Près de la moitié de ces patients a consommé cette drogue jusqu'à six fois par semaine au cours du mois précédant l'entrée en traitement, un quart en prenait quotidiennement et un autre quart n'en a pas consommé ou n'en a consommé qu'occasionnellement au cours de cette période <sup>(87)</sup>.

La cocaïne est souvent consommée en combinaison avec d'autres drogues, en particulier l'alcool, le cannabis, d'autres stimulants et l'héroïne. Une analyse réalisée aux Pays-Bas en 2011 a révélé que la plupart des usagers de cocaïne consommaient cette drogue en combinaison avec d'autres substances (64 %), le plus souvent de l'alcool (Ouweland e.a., 2011).

Un sous-groupe d'usagers de cocaïne entamant un traitement ambulatoire en Europe est constitué des 7 500 consommateurs primaires de crack <sup>(88)</sup>. Ces personnes représentent 13 % du total des patients en traitement pour dépendance à la cocaïne et moins de 2 % du total des patients entrant en traitement dans un centre ambulatoire. La plupart des patients en traitement pour dépendance au crack (environ 5 000) ont entamé un traitement au Royaume-Uni, où ils représentaient 36 % des consommateurs primaires de cocaïne du pays et 4 % du total des patients traités pour dépendance en centre ambulatoire. Les 2 000 patients restants traités pour dépendance au crack sont déclarés principalement par la France et les Pays-Bas, où ils représentent respectivement 23 et 30 % des patients traités pour dépendance à la cocaïne, et par l'Espagne et l'Italie (3 et 1 % des patients traités pour dépendance à la cocaïne). Les patients traités pour dépendance au crack consomment souvent cette drogue en combinaison avec d'autres substances, y compris de l'héroïne injectée (OEDT, 2007a; Escot et Suderie, 2009).

### Traitement et réduction des risques

Historiquement, le traitement de la toxicomanie s'est concentré en Europe sur la dépendance aux opiacés. Néanmoins, le problème de santé publique lié à la consommation de cocaïne et de crack allant croissant, de nombreux pays accordent désormais plus d'attention

<sup>(84)</sup> Voir les tableaux TDI-5 (partie i et partie ii) ainsi que le graphique TDI-24 du bulletin statistique 2012; les données relatives à l'Espagne font référence à 2009.

<sup>(85)</sup> Voir les graphiques TDI-1 et TDI-3 du bulletin statistique 2012.

<sup>(86)</sup> Voir les tableaux TDI-4 (partie ii), TDI-10 (partie iii), TDI-11 (partie iii) et TDI-18 (partie ii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(87)</sup> Voir les tableaux TDI-17 et TDI-18 (partie ii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(88)</sup> Voir le tableau TDI-115 du bulletin statistique 2012.



à la fourniture d'une réponse aux problèmes liés à ces drogues. Les principales options de traitement de la dépendance à la cocaïne sont des interventions psychosociales, comme les entretiens de motivation, les thérapies cognitives et comportementales, l'apprentissage de la maîtrise du soi comportemental, les mesures destinées à prévenir les rechutes et les consultations.

Onze États membres, y compris ceux déclarant des niveaux élevés d'usage de cocaïne et d'admissions en traitement pour dépendance à cette drogue, rapportent que, parallèlement aux services de traitement général, des programmes de traitement spécifique sont disponibles pour les consommateurs de cocaïne et de crack. Toutefois, alors que les experts nationaux d'Allemagne, d'Italie, de Lituanie et du Royaume-Uni ont estimé que ces programmes de traitement spécifique étaient disponibles pour la majorité des usagers de cocaïne ayant besoin d'un traitement, les experts de Belgique, du Danemark, d'Irlande, d'Espagne, d'Autriche, de Roumanie et de Slovénie ont estimé que de tels traitements n'étaient disponibles que pour une minorité de ces personnes.

Certains pays déclarent qu'ils adaptent leurs réponses de traitement pour dépendance à la cocaïne aux besoins de groupes de patients spécifiques. Au Royaume-Uni, par exemple, des organismes de traitement spécialisé donnent la priorité aux services de traitement des usagers de drogue à problèmes, notamment les consommateurs de crack. Le Danemark et l'Autriche déclarent tous deux fournir des traitements aux cocaïnomanes dans le cadre d'un programme de traitement de la polytoxicomanie. Un modèle de traitement des problèmes liés à la cocaïne, au cannabis et à l'alcool a été expérimenté au Danemark. Des lignes directrices cliniques seront élaborées, et ce modèle sera déployé dans un certain nombre de municipalités au cours des quatre prochaines années, l'initiative étant dotée d'un budget d'environ 1 million d'euros. En outre, la Bulgarie, Malte et les Pays-Bas ont annoncé que des programmes spécifiques de traitement de la dépendance à la cocaïne allaient être mis en place dans les trois prochaines années.

### Études sur le traitement de la dépendance à la cocaïne

L'OEDT et le groupe Cochrane sur les drogues et l'alcool ont récemment publié une analyse des publications consacrées au traitement pharmacologique de la dépendance à la cocaïne (Amato e.a., dans la presse). Ce travail a consisté à analyser l'acceptabilité, l'efficacité et la sécurité des psychostimulants, des antispasmodiques, des antipsychotiques, des agonistes de la dopamine et du disulfirame pour le traitement de la dépendance à la

cocaïne. La plupart de ces substances sont susceptibles de bloquer ou de réduire l'effet de récompense de la cocaïne dans le cerveau. De plus, les antipsychotiques peuvent soulager les symptômes de type psychotique induits par la cocaïne. Ces études ne sont pas directement comparables, car leurs objectifs et mesures des résultats diffèrent: réduction de la consommation, réduction ou traitement des symptômes de manque et identification de traitements de substitution.

Cette analyse des études consacrées aux psychostimulants a identifié certains résultats positifs permettant d'aider les consommateurs de cocaïne à atteindre l'abstinence. En particulier, les résultats atteints avec le Bupropion et la dexamphétamine pour le traitement des patients ayant une codépendance aux opiacés et à la cocaïne étaient encourageants. En revanche, les psychostimulants ne se sont pas avérés efficaces comme thérapie de substitution. L'évaluation des médicaments antipsychotiques et antispasmodiques pour le traitement des patients dépendants à la cocaïne n'a pas été concluante. Les données actuelles ne plaident pas en faveur de l'utilisation des agonistes de la dopamine pour traiter la dépendance à la cocaïne. Bien que le disulfirame ait montré des résultats positifs pour aider les patients à poursuivre le traitement, le potentiel d'effets secondaires nuisibles de cette substance paraît l'emporter sur ses bénéfices.

Parmi les interventions non pharmacologiques pour traiter la dépendance à la cocaïne, la gestion des contingences reste l'intervention psychosociale la plus efficace (Vocci et Montoya, 2009). Selon une étude réalisée récemment en Belgique, au terme de six mois de participation à un programme de gestion des contingences avec renforcement communautaire, le taux d'abstinence parmi les consommateurs de cocaïne était trois fois plus élevé que parmi les patients suivant un traitement ordinaire (Vanderplasschen e.a., 2011).

### Réduction des risques

Les interventions de réduction des risques destinées aux consommateurs de cocaïne mieux intégrés socialement, pour la plupart des consommateurs de cocaïne en poudre, peuvent être mises en œuvre au moyen de programmes spécifiques de proximité dans les lieux de vie nocturne. Deux exemples en sont la récente campagne «Know the Score Cocaine Awareness Campaign» en Écosse et la campagne belge de Partywise intitulée «Hoe is je vriend op coke?» («Comment est ton ami sous coke?»). Ces campagnes mettent l'accent sur la sensibilisation et l'information (voir le chapitre 4 pour en savoir plus sur les interventions dans les espaces récréatifs).

### Des vaccins contre les drogues illicites

La recherche sur les animaux pour mettre au point des vaccins antidroque remonte déjà à 1972 (Berkowitz et Spector), mais l'intérêt porté au développement d'une réponse pharmacologique à la dépendance à la cocaïne a récemment conféré une importance cruciale à ce thème.

Les vaccins antidroque fonctionnent en induisant la production d'anticorps dans le sang qui, en cas de réussite, peut réduire les effets psychoactifs des drogues et inhiber le manque (Fox e.a., 1996). Actuellement, des vaccins antidroque sont recherchés pour la cocaïne, la nicotine, la méthamphétamine et l'héroïne (Shen e.a., 2011). Les vaccins les plus avancés, qui contrent la dépendance à la cocaïne et à la nicotine, se sont avérés efficaces pour aider les patients à rester abstinents. La principale limitation observée est que la réponse des anticorps est faible chez la majorité des patients (Hatsukami e.a., 2005; Martell e.a., 2005). Des études visent toutefois à améliorer cette réponse, et des produits commerciaux pourraient bientôt faire leur apparition, du moins pour la nicotine (Polosa et Benowitz, 2011). La recherche sur les vaccins antiméthamphétamine, qui en est encore au stade préclinique, est concentrée sur la caractérisation des anticorps. Les vaccins anti-opiacés qui ont été mis au point ont montré de l'efficacité sur les rats; les études se concentrent maintenant sur des stratégies visant à réduire le nombre d'applications nécessaires pour maintenir la concentration d'anticorps dans le sang (Stowe e.a., 2012).

Pour de nombreux États membres, les interventions qui visent à réduire les risques causés par l'usage problématique de cocaïne et de crack constituent un nouveau domaine de travail. En général, les services et installations prévus pour les consommateurs de cocaïne par injection ont été mis en place pour répondre aux

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

Les programmes de réduction des risques spécifiques aux fumeurs de crack sont limités en Europe. Dans trois pays (Allemagne, Espagne, Pays-Bas), certaines structures de consommation de drogue fournissent des locaux pour l'inhalation de drogues, dont le crack. Du matériel d'inhalation hygiénique, y compris des pipes à crack propres ou des «kits à crack» (tube de verre avec embout, plaque métallique, baume pour les lèvres et serviettes pour les mains), est fourni de façon sporadique aux usagers de drogue qui fument du crack par certaines structures à bas seuil en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Des feuilles sont également distribuées aux fumeurs d'héroïne et de cocaïne dans certains services à bas seuil dans treize États membres de l'UE. Au Royaume-Uni, le Conseil consultatif sur l'abus de drogue a récemment analysé l'utilisation de feuilles en tant qu'intervention de réduction des risques; certaines constatations lui ont donné à penser que la fourniture de feuilles peut promouvoir l'inhalation au détriment de l'injection de drogue (ACMD, 2010).





## Chapitre 6

# Consommation d'opiacés et injection de drogue

### Introduction

La consommation d'héroïne, en particulier par injection de la drogue, est étroitement associée à des problèmes sociaux et de santé publique depuis les années 1970. Aujourd'hui, cette drogue représente encore la part la plus importante de morbidité et de mortalité liées à la consommation de drogue dans l'Union européenne. Après deux décennies qui ont connu une augmentation de ce problème, essentiellement en ce qui concerne l'héroïne, l'Europe a observé une baisse de la consommation d'héroïne et des problèmes connexes vers la fin des années 1990 et le début des années 2000. Depuis les dix dernières années, pourtant, la tendance se brouille. Le tableau manque de précision mais on observe de plus en plus que, dans certaines parties de l'Europe, les nouveaux recrutements pour l'usage d'héroïne ont chuté, la disponibilité de cette drogue a diminué et, récemment, certains pays ont rapporté de fortes pénuries. Ajoutons à cela les rapports faisant état de la tendance à remplacer l'héroïne par d'autres drogues, notamment des opiacés de synthèse, comme le fentanyl, mais aussi par l'injection de drogues stimulantes, telles que l'amphétamine, la méthamphétamine et les cathinones de synthèse. Tout accroissement des niveaux d'injection de drogues stimulantes va de pair avec des inquiétudes concernant une augmentation des risques pour la santé.

### Offre et disponibilité

Historiquement, deux formes d'héroïne importée sont proposées sur le marché européen: l'héroïne brune (sa forme chimique de base), qui est la plus courante et provient essentiellement d'Afghanistan, et l'héroïne blanche (une forme de sel), qui est plus rare et vient généralement d'Asie du Sud-Est. Bien que l'héroïne blanche soit devenue rare, certains pays ont récemment fait état de produits d'héroïne cristalline blanche provenant probablement d'Asie du Sud-Ouest. Quelques drogues opiacées, en quantités limitées, sont également produites en Europe. Il s'agit pour l'essentiel de produits de fabrication «maison» à base de pavot (par exemple de la paille de pavot, du concentré de pavot à partir de

tiges ou de têtes de pavot broyées) dont il est fait état en Estonie, en Lituanie et en Pologne.

### Production et trafic

En plus de représenter la principale source de fourniture d'héroïne en Europe, l'Afghanistan reste le premier pays producteur au monde. Les autres pays producteurs comprennent le Myanmar/la Birmanie, qui approvisionne principalement les marchés de l'Asie de l'Est et du Sud-Est, le Pakistan et le Laos, suivis par le Mexique et la Colombie, qui sont considérés comme les principaux

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

Production et saisies	Héroïne
Estimation de la production mondiale (en tonnes)	467
Quantité totale saisie dans le monde (en tonnes)	81
Quantité saisie (en tonnes) UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	6 (19)
Nombre de saisies UE et Norvège (y compris Croatie et Turquie)	50 000 (55 000)
Prix et pureté en Europe <sup>(1)</sup>	Héroïne base («brune»)
Prix de vente moyen au détail (en euros par gramme) Intervalle (Intervalle interquartile) <sup>(2)</sup>	23-160 (24,6-73,6)
Pureté moyenne (%) Intervalle (Intervalle interquartile) <sup>(2)</sup>	13-57 (17,7-28,0)
<sup>(1)</sup> Étant donné le nombre limité de pays fournissant les prix de vente au détail et la pureté du chlorhydrate d'héroïne («héroïne blanche»), ces données ne sont pas présentées dans le tableau. Elles peuvent être consultées dans les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2012. <sup>(2)</sup> Intervalle contenant la moitié médiane des données déclarées. NB: Les données se rapportent à 2010, à l'exception de l'estimation de la production mondiale (2011). Sources: ONUDC (2012) pour les valeurs mondiales. Points focaux nationaux Reitox pour les données européennes.	

fournisseurs des États-Unis (ONUDD, 2012). Selon les estimations, la production potentielle mondiale d'opium est passée de 4 700 tonnes en 2010 à 7 000 tonnes en 2011, atteignant des niveaux comparables à ceux des années précédentes. Cette augmentation est due, en grande partie, à une reprise de la production potentielle d'opium en Afghanistan, qui est passée de 3 600 tonnes en 2010 à 5 800 tonnes en 2011 (ONUDD, 2012). L'estimation la plus récente de la production potentielle mondiale d'héroïne est de 467 tonnes (voir le tableau 9), contre 384 tonnes estimées en 2010 (ONUDD, 2012).

L'héroïne pénètre en Europe par deux axes principaux, bien que l'on constate une diversité croissante concernant les méthodes et itinéraires utilisés pour acheminer cette drogue. La traditionnelle route des Balkans amène en Europe l'héroïne produite en Afghanistan en passant par le Pakistan, l'Iran et la Turquie et emprunte ensuite divers pays de transit ou de destination, principalement situés en Europe de l'Ouest et du Sud. L'héroïne pénètre également en Europe par la «route de la soie», qui traverse l'Asie centrale en direction de la Russie. Une partie de cette héroïne traverse ensuite la Biélorussie, la Pologne et l'Ukraine vers d'autres destinations telles que les pays scandinaves. L'Afrique, qui semble gagner en importance, est devenue la principale région de transit pour l'acheminement aérien de l'héroïne vers l'Europe (OICS, 2012b). Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique jouent un rôle de centres de distribution secondaires.

### Saisies

À l'échelle mondiale, les saisies déclarées d'opium ont reculé, passant de 653 tonnes en 2009 à 492 tonnes en 2010. L'Iran représente à lui seul environ 80 % du total et l'Afghanistan près de 12 %. En 2010, les saisies mondiales déclarées d'héroïne (81 tonnes) et de morphine (19 tonnes) ont augmenté de 5 tonnes dans les deux cas (ONUDD, 2012).

En Europe, les quelque 55 000 saisies d'héroïne se sont soldées par l'interception de 19 tonnes en 2010, dont les deux tiers (12,7 tonnes) ont été déclarés par la Turquie. Le Royaume-Uni (suivi par l'Espagne) reste le champion du nombre de saisies opérées<sup>(89)</sup>. Les données de vingt-huit pays déclarants portant sur les années 2005 à 2010 indiquent une augmentation généralisée du nombre de saisies, bien qu'une légère diminution ait été enregistrée en 2010. Entre 2005 et 2010, les quantités saisies dans l'Union européenne ont fluctué, avec une diminution sensible rapportée en 2010, surtout en raison de la baisse des quantités interceptées en Bulgarie et au

Royaume-Uni. La Turquie a également rendu compte d'un recul substantiel des quantités récupérées en 2010, une évolution qui doit être considérée dans le contexte des mesures d'interdiction précédentes, lesquelles s'avèrent avoir perturbé le marché de l'héroïne dans certaines parties de l'Europe.

Les saisies totales d'anhydride acétique utilisé dans la fabrication d'héroïne ont augmenté d'environ 21 000 litres en 2009 pour atteindre 59 700 litres en 2010. Les chiffres pour l'Union européenne ont largement varié ces dernières années, passant d'un pic d'environ 151 000 litres en 2008 à 912 litres en 2009; une seule saisie de quelque 21 100 litres en Bulgarie a représenté la quasi-totalité des 21 200 litres saisis en 2010 (OICS, 2012a).

Au cours de la dernière décennie, l'Estonie a rapporté que l'héroïne était largement remplacée par le fentanyl sur le marché illicite. Plus récemment, la Slovaquie a fait état d'un phénomène similaire, bien que le nombre de saisies et les quantités saisies restent faibles. En 2010, la Slovaquie a déclaré dix-sept saisies de fentanyl; en Estonie, un demi-kilo de cet opiacé de synthèse a été saisi.

### Pureté et prix

En 2010, la pureté moyenne de l'héroïne brune était comprise entre 17 et 28 % dans la plupart des pays déclarants, bien que des valeurs inférieures aient été signalées en France (13 %) et en Autriche (uniquement pour le détail, 13 %) et des valeurs supérieures à Malte (30 %), en Espagne (32 %) et en Turquie (57 %). Entre 2005 et 2010, la pureté de l'héroïne brune a augmenté dans quatre pays, est restée stable dans quatre autres pays et a baissé dans deux. La pureté moyenne de l'héroïne blanche était généralement plus élevée (25 à 50 %) dans les cinq pays européens ayant communiqué des données à ce sujet<sup>(90)</sup>.

Le prix de vente au détail de l'héroïne brune s'est maintenu à un niveau plus élevé dans les pays nordiques que dans le reste de l'Europe, la Suède faisant état d'un prix moyen de 160 euros le gramme (en raison d'une forte augmentation en 2010) et le Danemark de 83 euros en 2010. Dans l'ensemble, le prix de vente au détail de l'héroïne brune était compris entre 24 et 74 euros le gramme dans la moitié des pays déclarants. Au cours de la période 2005-2010, le prix de vente au détail de l'héroïne brune a baissé dans dix des quatorze pays européens ayant fourni des données sur l'évolution dans le temps. Le prix moyen de l'héroïne blanche était généralement plus élevé (61 à 251 euros) dans les trois pays européens ayant communiqué des données à ce sujet.

<sup>(89)</sup> Voir les tableaux SZR-7 et SZR-8 du bulletin statistique 2012.

<sup>(90)</sup> Voir les tableaux PPP-2 et PPP-6 du bulletin statistique 2012 pour les données relatives à la pureté et au prix.

## Usage problématique de drogue

L'OEDT définit l'usage problématique de drogue comme l'usage de drogue par injection ou la consommation régulière ou sur une longue période d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines. L'usage de drogue par injection et la consommation d'opiacés représentent l'essentiel de l'usage problématique de drogue en Europe, bien que, dans certains pays, les consommateurs d'amphétamines ou de cocaïne constituent une proportion importante de ce phénomène. Les usagers de drogue à problèmes sont, pour la plupart, des polyconsommateurs, et les chiffres de prévalence sont nettement plus élevés dans les zones urbaines et au sein des groupes marginalisés. Du fait de la prévalence relativement faible et du caractère caché de l'usage problématique de drogue, il convient de procéder à des extrapolations statistiques pour estimer la prévalence à partir des sources disponibles (essentiellement les données sur les traitements et les données des autorités répressives).

### Usage problématique d'opiacés

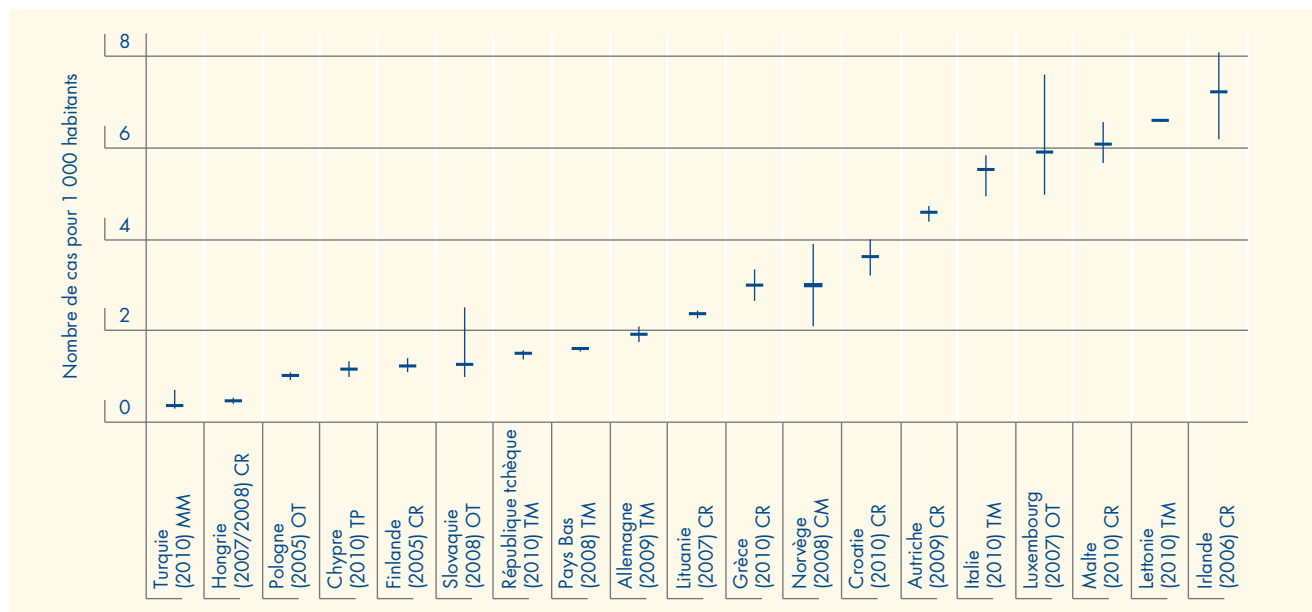
La plupart des pays européens sont désormais en mesure de fournir des estimations de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés. Les estimations nationales

récentes varient entre 1 et 7 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (voir le graphique 11). Les estimations les plus élevées sur l'usage problématique d'opiacés sont fournies par l'Irlande, la Lettonie, le Luxembourg et Malte, tandis que les plus faibles proviennent de Chypre, de Hongrie, de Pologne et de Finlande. La Turquie fait état de chiffres inférieurs à 1 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans.

La prévalence moyenne de l'usage problématique d'opiacés dans l'Union européenne et en Norvège, calculée sur la base des études nationales, est estimée à 4,2 (entre 3,9 et 4,4) cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. Cela représente environ 1,4 million d'usagers d'opiacés à problèmes dans l'Union européenne et en Norvège en 2010 <sup>(91)</sup>.

À titre de comparaison, les estimations relatives aux pays voisins de l'Europe sont élevées, la Russie se situant à 16,4 usagers d'opiacés à problèmes pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (ONU DC, 2011b), et l'Ukraine comptant entre 10 et 13 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans (ONU DC, 2010). Tant l'Australie que les États-Unis font état d'estimations plus élevées concernant l'usage problématique d'opiacés, à savoir 6,3 et 5,8 cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans, tandis que

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



**NB:** Un trait horizontal indique une estimation de pourcentage; un trait vertical indique un intervalle d'incertitude, pouvant être soit un intervalle de confiance de 95 %, soit un intervalle fondé sur une analyse de sensibilité. Les groupes cibles peuvent varier légèrement en raison des différentes méthodes d'estimation et sources de données utilisées. Les comparaisons doivent donc être faites avec prudence. Des tranches d'âges non standards ont été utilisées dans les études émanant de Pologne (12-64 ans) et de Finlande (15-54 ans). Ces deux estimations ont été ajustées à la population âgée de 15 à 64 ans. Les méthodes d'estimation sont abrégées comme suit: CR = capture-recapture; MT = multiplicateur de traitement; MM = multiplicateur de mortalité; MC = méthodes combinées; PT = poisson tronqué; AM = autres méthodes. Voir le graphique PDU-1 (partie ii) et le tableau PDU-102 du bulletin statistique 2012 pour de plus amples informations.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

<sup>(91)</sup> Les estimations déclarées par dix-huit pays donnent une valeur moyenne de 3,1 (entre 3,0 et 3,2) cas pour 1 000 individus âgés de 15 à 64 ans. L'incorporation d'estimations pondérées de l'usage problématique de drogue provenant de huit autres pays a pour effet de porter cette valeur moyenne à 4,2 (entre 3,9 et 4,4), opération qui a été appliquée à la population de l'Union européenne et de la Norvège en 2010.

le Canada déclare 3,0 cas. Les comparaisons entre les pays doivent être réalisées avec prudence, dans la mesure où les définitions de la population cible peuvent varier. Ainsi, si l'on ajoute l'usage non médical d'opiacés sur ordonnance, le chiffre de prévalence atteint de 39 à 44 cas pour 1 000 Nord-Américains âgés de 15 à 64 ans (ONUUDC, 2011b).

### Consommateurs d'opiacés en traitement

Les opiacés, et surtout l'héroïne, ont été cités comme drogue primaire par plus de 200 000 personnes déclarées comme entamant un traitement spécialisé pour dépendance dans vingt-neuf pays européens en 2010, soit 48 % du total des personnes déclarées comme admises en traitement. En Europe, il existe toutefois des différences considérables, les consommateurs d'opiacés représentant plus de 70 % des personnes admises en traitement dans sept pays, entre 40 et 70 % dans douze pays et moins de 40 % dans dix pays (voir le graphique 12). Près de 80 % du total des usagers d'opiacés admis en traitement en Europe sont déclarés par cinq pays seulement: l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Italie et le Royaume-Uni <sup>(92)</sup>.

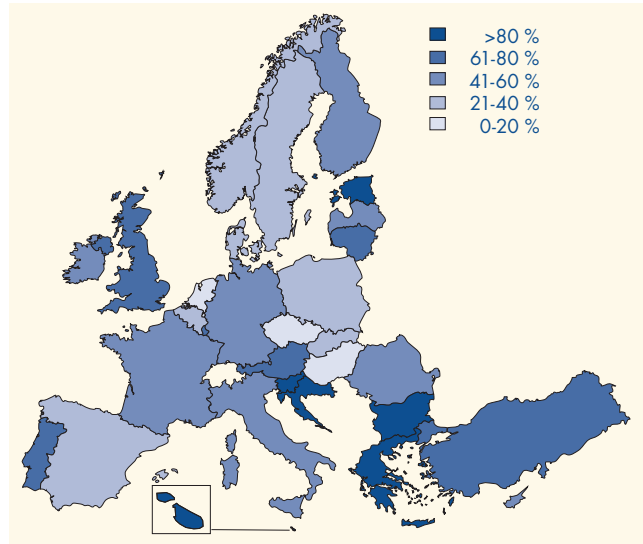
Les opiacés autres que l'héroïne sont cités comme drogue primaire par une forte proportion de personnes admises en traitement dans plusieurs pays: le fentanyl en Estonie, la buprénorphine en Finlande et d'autres opiacés au Danemark, en Lettonie et en Autriche <sup>(93)</sup>.

Les consommateurs d'opiacés entrant en traitement spécialisé sont en moyenne âgés de 33 ans, les patientes étant plus jeunes dans la plupart des pays <sup>(94)</sup>. Dans toute l'Europe, les patients masculins dépendants aux opiacés sont plus nombreux que les patientes, le ratio étant d'environ trois hommes pour une femme. La grande majorité des patients dépendants aux opiacés déclarent avoir commencé à prendre de la drogue avant l'âge de 30 ans, et près de la moitié (46 %) du total des patients dépendants aux opiacés en a consommé avant l'âge de 20 ans <sup>(95)</sup>. De manière générale, un nombre plus élevé de consommateurs d'opiacés sont sans abri, au chômage et ont un niveau d'étude bas par rapport aux usagers primaires d'autres drogues; ils sont habituellement concentrés dans des zones urbaines.

### Tendances de l'usage problématique d'opiacés

Au cours de la période 2005-2010, les données de neuf pays ayant procédé à des estimations répétées de la prévalence de l'usage problématique d'opiacés suggèrent une situation relativement stable. Toutefois, les mesures

**Graphique 12** – Usagers primaires d'opiacés en pourcentage de tous les patients admis en traitement pour dépendance à la drogue en 2010



**NB:** Données exprimées en pourcentage des patients dont la drogue primaire est connue (92 % des patients déclarés). Données de 2010 ou de la dernière année disponible. Les données de la Lituanie concernent des patients admis en traitement pour la première fois. Les usagers primaires d'opiacés peuvent être sous-signalés dans certains pays comme la Belgique, la République tchèque, l'Allemagne et la France, étant donné qu'un grand nombre d'entre eux sont traités par des médecins généralistes ou des services psychiatriques et peuvent ne pas être rapportés à l'indicateur des demandes de traitement.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

de la prévalence n'étant pas nécessairement sensibles aux tendances en matière d'initiation à la consommation de drogue, elles doivent être placées dans le contexte fourni par d'autres sources de données. Sur la période 2005-2010, le nombre de patients entamant pour la première fois un traitement spécialisé pour consommation primaire d'héroïne dans vingt-quatre pays européens est passé de 51 000 en 2005 à un pic de 61 000 en 2007, avant de redescendre à 46 000 en 2010 <sup>(96)</sup>. Ce recul est plus apparent dans les pays d'Europe occidentale.

Le délai entre la première prise d'héroïne et l'entrée en traitement peut être considérable. Pour cette raison, le nombre de consommateurs d'héroïne admis en traitement pour la première fois reflète à la fois la tendance historique en matière d'initiation à l'usage d'héroïne (incidence) et le tableau actuel de la situation. Cette interprétation doit être considérée avec prudence, car elle peut être influencée par des changements dans les pratiques de déclaration, et, en outre, les chiffres européens traduisent de façon disproportionnée les tendances dans les plus grands pays. Néanmoins, en dépit de variations considérables entre

<sup>(92)</sup> Voir les tableaux TDI-5 et TDI-22 du bulletin statistique 2012.

<sup>(93)</sup> Voir le tableau TDI-113 du bulletin statistique 2012.

<sup>(94)</sup> Voir les tableaux TDI-10, TDI-21, TDI-32 et TDI-103 du bulletin statistique 2012.

<sup>(95)</sup> Voir les tableaux TDI-33, TDI-106 (partie i) et TDI-107 (partie ii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(96)</sup> Voir les graphiques TDI-1 et TDI-3 du bulletin statistique 2012.

les pays, les données probantes suggèrent que, dans l'ensemble, les nouvelles consommations d'héroïne en Europe sont en recul.

Cette analyse peut aussi être vue en parallèle avec les tendances notées par d'autres indicateurs, notamment la consommation de drogue par voie intraveineuse (voir plus bas), les décès dus à la drogue et les infractions en rapport avec la drogue, même si l'on peut dire que ces sources de données sont de meilleurs indicateurs de prévalence que l'incidence. Ces dernières années, une diminution du nombre des infractions en rapport avec l'héroïne a été observée en Europe. Les données relatives aux décès dus à la drogue sont plus équivoques. Des augmentations ou une situation stable ont été enregistrées par les pays jusqu'en 2008; en 2009, une situation globalement stable était évidente et les données provisoires pour 2010 suggèrent une diminution plus récente <sup>(97)</sup>.

En outre, les indicateurs du marché des opiacés apportent des informations complémentaires à ce sujet. De fortes pénuries d'héroïne déclarées par une série de pays à la fin de 2010 et au début de 2011 (OEDT, 2011a) et le récent recul des saisies d'héroïne suggèrent des changements dans la disponibilité de l'héroïne en Europe qui pourraient aussi être associés à une évolution des modes de consommation de cette drogue. Les pays rapportent en effet un accroissement de la consommation de cathinones par injection (Hongrie), l'utilisation de mélanges contenant de la caféine et de la créatine (Roumanie), un usage accru de benzodiazépines et d'autres médicaments (Irlande, Slovaquie et Royaume-Uni) et l'augmentation de la consommation d'amphétamines par injection (Lettonie et Hongrie), et font état avec inquiétude de l'usage de fentanyl, un opiacé de synthèse (par exemple en Estonie et en Slovaquie).

Prises ensemble, ces informations donnent à penser que l'Europe voit reculer progressivement les nouvelles consommations d'héroïne, cela dans un contexte de meilleures disponibilité et couverture du traitement. Dans son ensemble, la population consommatrice d'héroïne semble caractérisée par le vieillissement et un niveau relativement élevé de contact avec les services spécialisés. Bien que ce phénomène soit le plus évident dans les États membres de l'UE d'avant 2004, des données récentes suggèrent qu'il se déroulerait aussi dans un grand nombre d'États membres plus récents.

## Consommation de drogue par voie intraveineuse

Les usagers de drogue par voie intraveineuse figurent parmi les plus exposés à des problèmes de santé liés

à leur consommation de drogue, tels que les infections transmises par le sang (comme le VIH/SIDA ou l'hépatite), ou à des décès par surdose. Dans la plupart des pays européens, l'injection est couramment associée à la consommation d'opiacés, bien que, dans quelques pays, elle aille de pair avec la consommation d'amphétamines.

Seuls quatorze pays ont été en mesure de fournir des estimations récentes sur la prévalence de la consommation de drogue par injection <sup>(98)</sup>. Les données disponibles suggèrent des écarts considérables entre les pays, les estimations oscillant entre moins de 1 à 5 cas pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Dans les treize pays qui ont déclaré une estimation des actuels usagers de drogue par injection, on dénombrait en moyenne 2,4 usagers de ce type pour 1 000 personnes âgées de 15 à 64 ans. Outre les consommateurs actifs de drogue par voie intraveineuse, le nombre d'anciens consommateurs de ce type en Europe est important (par exemple Sweeting e.a., 2008), mais les chiffres s'y rapportant ne sont pas disponibles.

L'injection était citée comme mode habituel d'administration par près de 37 % des consommateurs primaires d'opiacés qui ont entamé un traitement spécialisé en 2010, essentiellement des héroïnomanes. Les niveaux d'injection parmi les consommateurs d'opiacés varient selon les pays, de 7 % aux Pays-Bas à 94 % en Lettonie. Des proportions élevées d'usagers de drogue par injection sont enregistrées en Europe centrale et orientale, ainsi que dans certains pays du nord (voir le graphique 13).

Il est difficile de tirer des conclusions sur l'évolution dans le temps de la prévalence de l'injection de drogue sur la base d'estimations répétées de la prévalence en raison du manque de données et, parfois, de l'incertitude statistique des estimations. Parmi les huit pays ayant fourni des données suffisantes pour permettre une analyse des tendances, la prévalence de l'injection de drogue semble avoir diminué au Royaume-Uni et être restée relativement stable en Grèce, à Chypre, en Hongrie, en Slovaquie, en Croatie et en Norvège. Quant à la République tchèque, elle a fait état d'une augmentation du nombre d'usagers de drogue par injection, pour la plupart des consommateurs de méthamphétamine, entre 2005 et 2010 <sup>(99)</sup>.

La prise en compte des données provenant d'une série d'autres indicateurs semble indiquer un recul généralisé de la consommation d'opiacés par injection et, en particulier, de l'usage d'héroïne par injection en Europe. La plupart des pays européens ont fait état d'un déclin de la proportion d'usagers de drogue par injection parmi les consommateurs primaires d'héroïne ayant entamé un

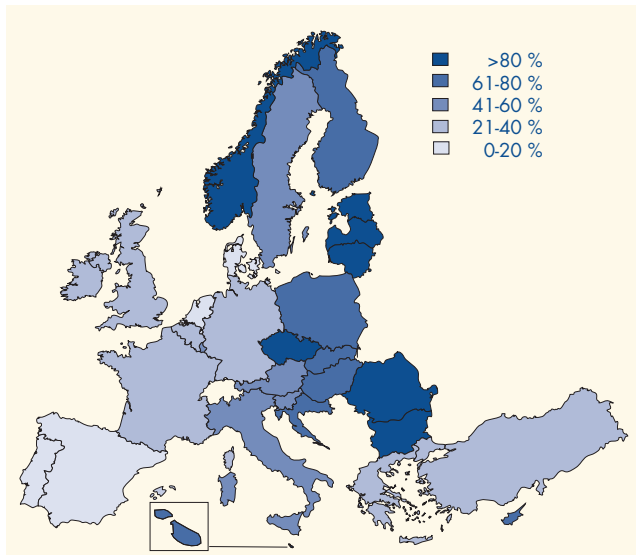
<sup>(97)</sup> Voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(98)</sup> Voir le graphique PDU-2 du bulletin statistique 2012.

<sup>(99)</sup> Voir le tableau PDU-6 (partie iii) du bulletin statistique 2012.



**Graphique 13** — Injection en tant que mode habituel d'administration parmi les usagers primaires d'opiacés admis en traitement en 2010



**NB:** Données exprimées en pourcentage des patients déclarés pour lesquels le mode d'administration est connu. Données de 2010 ou de la dernière année disponible. Voir le tableau TDI-5 (partie iii et partie iv) du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

traitement pour la première fois entre 2005 et 2010, une tendance confirmée par une analyse à plus long terme (2000-2009) des usagers d'héroïne admis en traitement spécialisé pour la première fois en Europe (OEDT, 2012c). Ce déclin de la consommation d'héroïne par injection est observé dans tous les pays, bien qu'il soit plus marqué dans les pays d'Europe occidentale. En 2009, alors que les pays occidentaux rapportaient que fumer l'héroïne était devenu le mode principal d'administration de cette drogue pour plus de la moitié des patients héroïnomanes (53 %), dans les pays de l'Est, 70 % des patients héroïnomanes citaient l'injection comme mode principal d'administration (OEDT, 2012c). En outre, de récentes études menées en Irlande et en Norvège ont mis en évidence un laps de temps de plus en plus long entre la première consommation d'héroïne et la première injection de cette drogue (Bellerose e.a., 2011; Bretteville-Jensen et Skretting, 2010).

## Traitement de l'usage problématique d'opiacés

### Offre de traitement et couverture

Des traitements de la dépendance aux opiacés basés sur le sevrage et sur la substitution sont disponibles dans tous les États membres de l'UE, en Croatie, en Turquie et en Norvège. Dans la plupart des pays, le traitement est dispensé dans des structures ambulatoires, notamment des

### L'injection et les autres modes d'administration

Les données recueillies au sujet des usagers de drogue qui entament un traitement constituent la plus vaste et la plus complète source d'information sur le comportement de prise de drogue des personnes connaissant des problèmes liés à la drogue en Europe (1).

Dans l'ensemble, l'injection était le deuxième mode d'administration le plus courant cité par les usagers de drogue entamant un traitement essentiellement pour des problèmes liés aux opiacés en 2010. Sur les 140 000 consommateurs primaires d'opiacés entamant un traitement dans un centre ambulatoire et dont le mode d'administration de la drogue était connu, 36 % ont déclaré s'injecter cette drogue, 45 % la fumer ou l'inhaler et 19 % la prendre par ingestion orale. En revanche, 3 % des 53 000 cocaïnomanes ayant entamé un traitement dans un centre ambulatoire ont déclaré s'injecter cette drogue, 68 % la sniffer et les autres la fumer ou l'inhaler. Parmi les 9 000 usagers d'amphétamines ou de stimulants autres que la cocaïne, 24 % ont cité l'injection comme mode principal d'administration, 40 % ingéraient cette drogue par voie orale, 32 % la sniffaient et 4 % recouraient d'autres modes d'administration.

Les modes de consommation de la drogue ont changé avec le temps. Une analyse des données relatives aux admissions en traitement entre 2000 et 2009 a montré une diminution (de 58 à 36 %) de l'injection de la drogue chez les consommateurs primaires d'héroïne dans tous les pays européens, en particulier dans la partie occidentale de l'Europe (OEDT, 2012c). En outre, parmi les consommateurs d'opiacés ayant entamé un traitement dans une structure ambulatoire depuis 2009, ceux qui fumaient la drogue étaient plus nombreux que ceux qui se l'injectaient (2).

(1) Il est à noter que les données relatives aux admissions en traitement ne peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population des consommateurs de drogue en traitement et ne sont pas nécessairement représentatives de la population plus large des usagers de drogue, qui comprend ceux ne suivant pas de traitement. Pour en savoir plus sur la taille du total de la population en traitement, voir le site internet de l'OEDT.

(2) Voir le tableau TDI-17 des bulletins statistiques 2010, 2011 et 2012.

centres spécialisés, des cabinets de médecine générale, des cabinets médicaux et des services à bas seuil. Dans quelques pays, les centres d'hébergement jouent un rôle important dans le traitement de la dépendance aux opiacés (100). Quelques pays proposent un traitement avec prescription d'héroïne pour un groupe ciblé de consommateurs chroniques d'héroïne.

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

(100) Voir le tableau TDI-24 du bulletin statistique 2012.



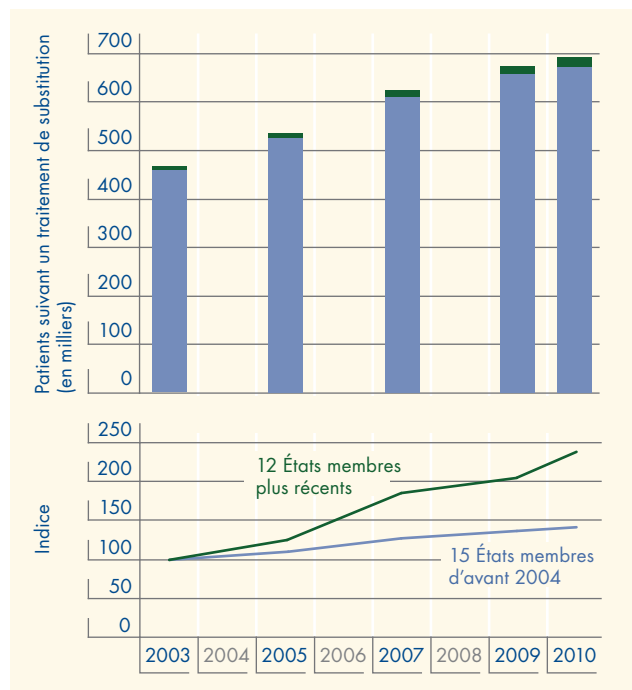
qu'elles s'abstiennent de consommer toute substance, y compris des médicaments de substitution. Les patients participent à des activités quotidiennes et reçoivent un soutien psychologique intensif. Si le traitement par sevrage peut se faire en milieu hospitalier ou dans une structure ambulatoire, les types de traitement le plus souvent cités sont le traitement par sevrage en hébergement et le traitement par sevrage en milieu hospitalier.

En Europe, le type de traitement de la dépendance aux opiacés le plus courant est le traitement de substitution, généralement intégré dans un programme d'aide psychosociale et habituellement dispensé dans des centres ambulatoires spécialisés. Seize pays signalent que le traitement de substitution est également dispensé par des médecins généralistes. Dans certains pays, les médecins généralistes dispensent ce traitement dans le cadre de structures d'entraide avec des centres thérapeutiques spécialisés. Le nombre total de consommateurs d'opiacés recevant un traitement de substitution dans l'Union européenne, en Croatie, en Turquie et en Norvège est estimé à 709 000 personnes (698 000 dans les États membres de l'UE) en 2010 contre 650 000 en 2008 et près de 500 000 en 2003 <sup>(101)</sup>. La grande majorité des traitements de substitution est toujours dispensée dans les quinze États membres qui faisaient partie de l'UE avant 2004 (près de 95 % du total) et les tendances à moyen terme (2003-2010) montrent des hausses continues (voir le graphique 14). Les plus fortes hausses de l'offre de ces traitements dans ces pays ont été observées en Grèce, en Autriche et en Finlande, où le nombre de traitements a presque triplé.

Des hausses encore plus marquées ont été observées dans les douze pays qui ont rejoint l'Union européenne depuis 2004. Dans ces pays, le nombre de patients recevant un traitement de substitution est passé de 7 800 en 2003 à 20 400 en 2010, une partie importante de cette augmentation étant intervenue après 2005. Proportionnellement, l'essor du traitement de substitution dans ces pays au cours de ces sept années a été le plus marqué en Estonie (multiplié par 16, de 60 à plus de 1 000 patients, même si seuls 5 % des consommateurs d'opiacés par injection sont concernés) et en Bulgarie (multiplié par 8). Les hausses les plus faibles ont été enregistrées en Lituanie, en Hongrie et en Slovaquie.

Une simple comparaison du nombre estimé d'usagers d'opiacés à problèmes et du nombre de patients recevant un traitement de substitution suggère que la couverture varie considérablement en Europe. Sur les dix-huit pays pour lesquels des estimations fiables du nombre d'usagers d'opiacés à problèmes sont disponibles, neuf déclarent

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



NB: Les années pour lesquelles des données n'ont pas été recueillies apparaissent en gris. Pour de plus amples informations, voir le graphique HSR-2 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

un nombre de patients en traitement de substitution correspondant à environ 50 % ou plus de la population cible <sup>(102)</sup>. Six de ces pays sont des États membres qui faisaient déjà partie de l'UE en 2004, les pays restants étant la République tchèque, Malte et la Norvège.

Bien que, en moyenne, environ la moitié du total des usagers d'opiacés à problèmes de l'Union européenne et de la Norvège aient accès à un traitement de substitution, des écarts considérables existent entre les pays, avec une couverture très inférieure en Grèce (28 %), en Lituanie (17 %), en Slovaquie (12 %), en Pologne (8 %) et en Lettonie (2 %).

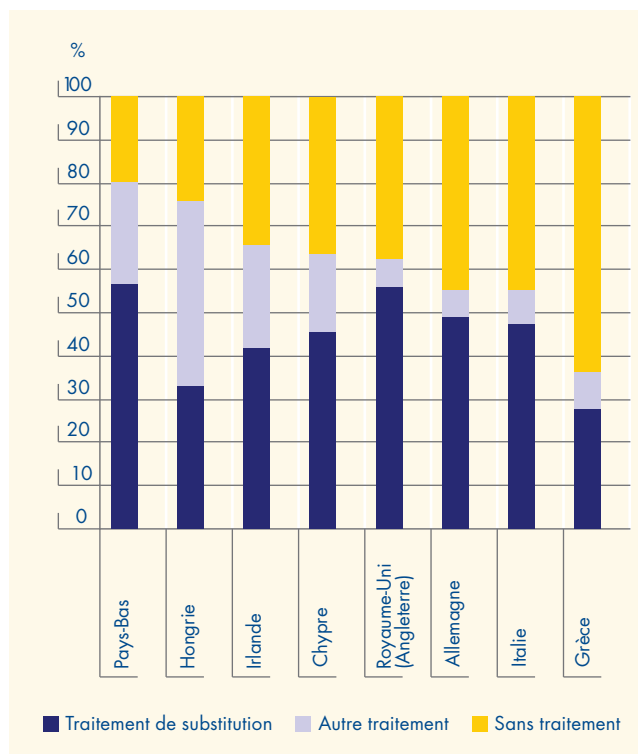
Des estimations de la proportion d'usagers d'opiacés à problèmes suivant tout type de traitement sont possibles pour huit pays (voir le graphique 15). En Irlande, à Chypre, en Hongrie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Angleterre), selon les estimations, plus de 60 % des usagers d'opiacés à problèmes sont en traitement; en Grèce, cette proportion est estimée à moins de 40 %. Les données suggèrent aussi l'existence de différences dans le choix du traitement de la dépendance aux opiacés.

<sup>(101)</sup> Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2012.

<sup>(102)</sup> Voir le graphique HSR-1 du bulletin statistique 2012.

Les traitements autres que le traitement de substitution aux opiacés, surtout les traitements par sevrage, représentent moins de 10 % du total des traitements dispensés aux usagers d'opiacés à problèmes en Allemagne, en Grèce, en Italie et au Royaume-Uni (Angleterre). En Irlande, à Chypre et aux Pays-Bas, les traitements autres que le traitement de substitution aux opiacés représentent entre 15 et 25 % de tous les traitements dispensés aux usagers d'opiacés à problèmes, et en Hongrie cette proportion atteint 43 %. De même, alors que la Grèce et la Hongrie font état d'estimations faibles pour la couverture en matière de traitement de substitution aux opiacés (environ 30 %), les estimations des proportions d'usagers d'opiacés à problèmes qui n'ont pas de contact avec un service thérapeutique diffèrent sensiblement, de plus de 60 % en Grèce à environ 25 % en Hongrie. Ces écarts démontrent la nécessité de prendre en considération le niveau de disponibilité à la fois d'un traitement de substitution et des autres approches thérapeutiques.

**Graphique 15** — Couverture thérapeutique des usagers d'opiacés à problèmes dans certains pays d'Europe: proportion (en %) de la population estimée d'usagers d'opiacés à problèmes traités ou non traités



**NB:** Les pays inclus sont ceux pour lesquels il existe des estimations fiables de la population d'usagers d'opiacés à problèmes, du nombre de patients recevant un traitement de substitution et du nombre total d'usagers d'opiacés à problèmes en traitement. Pour de plus amples informations, voir le graphique HSR-1 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

Des temps d'attente longs pour obtenir un traitement de substitution peuvent constituer un obstacle important pour accéder à un tel traitement. Selon une enquête réalisée en 2011, la disponibilité limitée d'un traitement et le manque de ressources, ainsi que les retards dus à des raisons de procédure, sont les causes principales des temps d'attente longs. Des experts de douze des vingt-neuf pays déclarants ont estimé que le temps d'attente moyen était inférieur à deux semaines, et ceux de six autres pays ont donné une estimation de deux semaines à un mois. Dans cinq autres pays (Lituanie, Hongrie, Roumanie, Finlande et Norvège), le temps d'attente était compris entre un et six mois et, en Grèce, il dépassait six mois. Les temps d'attente moyens nationaux peuvent cependant couvrir des variations régionales considérables. Ainsi, à Athènes et à Thessalonique, les temps d'attente estimés atteignaient environ trois ans en raison des capacités limitées, alors que des délais plus courts ont été déclarés dans d'autres villes grecques en 2010. Les experts de quatre pays n'ont pu fournir d'estimation des temps d'attente.

En Europe, près des trois quarts des patients en traitement de substitution aux opiacés reçoivent de la méthadone. Des médicaments de substitution à base de buprénorphine sont prescrits à un quart des patients suivant un traitement de substitution en Europe et sont les principaux médicaments de substitution en République tchèque, en Grèce, en France, à Chypre, en Finlande et en Suède<sup>(103)</sup>. La combinaison buprénorphine-naloxone est disponible dans quinze pays. Les traitements à base de morphine à libération lente (Bulgarie, Autriche et Slovaquie), de codéine (Allemagne, Chypre) et de diacéylmorphine (Belgique, Danemark, Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni) ne représentent qu'un faible pourcentage de l'ensemble des traitements.

### Désintoxication aux opiacés: efficacité et résultats

Les études indiquent de plus en plus que la désintoxication aux opiacés donne de meilleurs résultats lorsqu'elle est appuyée par une psychothérapie et suivie d'une prévention de la rechute sous contrôle pharmacologique. Un récent passage en revue d'études a conclu que cette combinaison de traitements pouvait aider les patients à achever leur traitement, à réduire leur consommation d'opiacés et à rester abstinents en phase de suivi (Amato e.a., 2011). En outre, le nombre d'absences cliniques pendant le traitement s'est avéré plus bas chez les patients bénéficiant d'un appui psychosocial. L'étude de Day et Strang (2011) a constaté que les milieux hospitaliers étaient plus efficaces que les structures ambulatoires pour aider les patients à aller jusqu'au bout de leur cure de

<sup>(103)</sup> Voir le tableau HSR-3 du bulletin statistique 2012.

désintoxication (51 contre 36 % dans le groupe traité en structures ambulatoires).

Après une désintoxication à l'héroïne, la prévention de la rechute peut être facilitée par l'administration de naltrexone, un antagoniste des opiacés. Toutefois, le respect du traitement médicamenteux et le maintien en traitement, associés à l'administration de naltrexone, restent faibles dans les populations étudiées en général. Le naltrexone s'est avéré efficace chez les personnes obligées

de respecter le traitement pour éviter des conséquences majeures, par exemple le personnel médical ou les personnes soumises à une surveillance officielle (Minozzi e.a., 2011). Même si, dans l'ensemble, la désintoxication pour dépendance aux opiacés semble moins efficace qu'un traitement de substitution, l'Organisation mondiale de la santé (2009) recommande néanmoins de proposer la désintoxication en tant qu'option aux patients motivés qui recherchent un traitement.

### Qualité de vie des usagers de drogue en traitement de substitution

En tant que groupe, les usagers de drogue dépendants aux opiacés jouissent d'une moins bonne qualité de vie que la population générale et les personnes souffrant d'autres maladies. Tel est le thème principal d'études récemment menées en Allemagne, en Lettonie et au Royaume-Uni, dont les résultats plaident en faveur d'un traitement de substitution. Par ailleurs, des facteurs indiquant une mauvaise qualité de vie sont annonciateurs de rechutes, en particulier parmi les consommateurs de drogue plus âgés (OEDT, 2010d). Une étude systématique réalisée récemment (De Maeyer e.a., 2010) a montré que la participation à un traitement améliorait la qualité de vie du patient dès les premiers mois du traitement.

Toutes les options de traitement de substitution se sont avérées aussi efficaces pour améliorer la qualité de vie, même si les patients à qui de la méthadone a été prescrite ont connu des améliorations plus rapidement (après environ un mois) que ceux qui recevaient de la buprénorphine. Toutefois, dans des rapports subjectifs, la buprénorphine était mieux considérée que la méthadone, peut-être parce qu'il n'est pas nécessaire de l'administrer quotidiennement. L'atteinte de bons résultats en matière de qualité de vie est un objectif clé d'un traitement de la dépendance à la drogue. De tels résultats pourraient être obtenus grâce à des recherches plus poussées sur l'efficacité relative des options de substitution disponibles.



## Chapitre 7

# Maladies infectieuses et décès liés à la drogue

### Introduction

L'usage de drogue est associé directement et indirectement à une grande diversité de conséquences négatives sur la santé et la vie sociale. Ces problèmes concernent dans une mesure disproportionnée les usagers d'opiacés de longue durée, les usagers de certaines formes de stimulants et les consommateurs de drogue par injection. La consommation des drogues opiacées en particulier est associée aux décès par surdose. Pour se rendre compte de l'ampleur de ce problème, il suffit de savoir que, au cours de la dernière décennie, l'Europe a enregistré environ une mort par surdose toutes les heures. Toutefois, il importe également d'avoir à l'esprit que les usagers chroniques de drogue courent des risques très élevés de décès pour d'autres causes, y compris les maladies organiques, suicides, accidents et traumatismes. Quelle que soit la substance utilisée, l'injection de drogue reste un vecteur important de transmission de maladies infectieuses, notamment le VIH et l'hépatite C. De fait, de nouvelles épidémies de VIH sont apparues récemment dans certains pays européens, soulignant l'importance du maintien de réponses efficaces de santé publique dans ce domaine.

### Maladies infectieuses liées à la drogue

L'OEDT surveille de manière systématique la prévalence du VIH et des hépatites B et C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse <sup>(104)</sup>. La morbidité et la mortalité causées par ces infections comptent parmi les conséquences sanitaires les plus graves de la consommation de drogue. D'autres maladies infectieuses, dont les hépatites A et D, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, le tétanos, le botulisme, l'anthrax et le virus T-lymphotropique humain, peuvent affecter les toxicomanes de manière disproportionnée.

### VIH et sida

À la fin de l'année 2010, l'incidence des nouveaux cas de VIH déclarés parmi les usagers de drogue par voie

intraveineuse est restée faible dans la plupart des pays de l'Union européenne, et, dans l'ensemble, la situation de l'UE est relativement positive par rapport au contexte mondial ou européen plus large (voir le graphique 16).

Le taux moyen de nouveaux cas diagnostiqués dans les vingt-six États membres de l'UE en mesure de fournir des données pour 2010 est tombé à un nouveau seuil de 2,54 cas par million d'habitants, soit 1 192 nouveaux cas déclarés <sup>(105)</sup>. À titre de comparaison, ce taux atteignait 19,7 cas par million d'habitants aux États-Unis (CDC, 2009), 104,3 cas par million en Russie (données de 2009 pour ces deux pays) et 151,5 cas par million en Ukraine en 2010 (ECDC et OMS, 2011). Les données disponibles sur la prévalence du VIH dans des échantillons d'usagers de drogue par injection dans l'Union européenne indiquent aussi une prévalence plus faible que dans les pays voisins de l'Est <sup>(106)</sup>, bien qu'il faille faire preuve de prudence dans les comparaisons entre pays en raison des différences de méthodes et de couverture des études.

Cela peut être dû, au moins en partie, à la disponibilité plus grande des mesures de prévention, de traitement et de réduction des risques, dont les traitements de substitution et les programmes d'échange de seringues. D'autres facteurs, tels que le recul de la consommation de drogue par injection constaté dans certains pays, peuvent également avoir contribué à cette situation (OEDT, 2010e).

Malgré ce tableau globalement positif, de nouvelles données suggèrent que la transmission du VIH liée à la consommation de drogue par injection s'est poursuivie en 2010, deux pays en particulier (Grèce et Roumanie) faisant état de nouvelles épidémies d'infections au VIH parmi les usagers de drogue par injection en 2011 <sup>(107)</sup>. Dans ces deux pays, ces épidémies ont été précédées par des augmentations de la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par injection, ce qui donne à penser qu'une hausse de la prévalence du VHC pourrait être un indicateur précoce d'une augmentation des risques dus aux injections parmi la population d'usagers de

<sup>(104)</sup> Pour de plus amples détails sur les méthodes et les définitions, voir le bulletin statistique 2012.

<sup>(105)</sup> Les données manquent pour l'Autriche et la Turquie. Pour les États membres de l'UE et la Croatie, la Turquie et la Norvège, ce taux était de 2,52 cas par million d'habitants, soit 1 204 nouveaux cas déclarés en 2010.

<sup>(106)</sup> Voir les tableaux INF-1 et INF-108 et le graphique INF-3 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(107)</sup> Voir l'encadré «Épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie».



vingt-cinq pays concernant la période 2005-2010 <sup>(109)</sup>; bien que les différences d'échantillonnage incitent à interpréter ces informations avec prudence, celles-ci n'en constituent pas moins une source de données complémentaire. Dans dix-sept de ces pays, les estimations de la prévalence du VIH sont restées inchangées. Dans sept pays (Allemagne, Espagne, Italie, Lettonie, Pologne, Portugal et Norvège), les données sur la prévalence du VIH ont accusé une baisse. Seul un pays, la Bulgarie, a fait état d'une augmentation de la prévalence du VIH: plus précisément dans sa capitale, Sofia, dans une mesure correspondant à la hausse du nombre de cas d'infections nouvellement diagnostiquées. Les hausses de la transmission du VIH rapportées en Grèce et en Roumanie en 2011 n'ont pas été observées dans les données de recensement de la prévalence ou des cas avant 2011. D'autres indices possibles de la poursuite de la transmission du VIH ont été observés dans de petits échantillons de jeunes usagers de drogue par injection (moins de 25 ans) dans six pays; des niveaux de prévalence supérieurs à 5 % ont été relevés en Estonie, en France, en Lettonie, en Lituanie et en Pologne, et une prévalence en hausse a été enregistrée en Bulgarie sur la période 2005-2010.

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

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

La Lettonie reste le pays déclarant la plus forte incidence de sida liée à la consommation de drogue par injection, avec une estimation de 27,1 nouveaux cas par million d'habitants en 2010, contre 20,8 nouveaux cas par million d'habitants l'année précédente. Des taux d'incidence du sida relativement élevés parmi les usagers de drogue par injection sont également signalés en Estonie (9,7 nouveaux cas par million d'habitants), au Portugal (8,3), en Lituanie (6,0) et en Espagne (5,7), bien qu'entre 2005 et 2010 la tendance était au recul dans la totalité de ces pays <sup>(110)</sup>.

### **Épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie**

En 2011, des systèmes d'alerte précoce ont détecté des épidémies de VIH en Grèce et en Roumanie, entraînant des réponses rapides dans les deux pays. En réponse à une demande de la Commission européenne, l'ECDC et l'OEDT ont réalisé une évaluation rapide des risques d'apparition d'autres épidémies de VIH en Europe (ECDC et OEDT, 2012).

Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infection au VIH parmi les usagers de drogue par injection est passé de 9-19 cas par an jusqu'en 2010 à 241 cas en 2011 en Grèce, et de 1-6 cas par an jusqu'en 2010 à 114 cas en 2011 en Roumanie. Si ces augmentations sont apparues dans un contexte de niveaux faibles ou de réductions de l'offre de services de prévention en Grèce et en Roumanie, d'autres facteurs, tels que la consommation accrue de stimulants, pourraient aussi avoir joué un rôle dans cette aggravation de la situation.

En réponse aux épidémies, la Grèce a sensiblement accru la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les capacités de traitement des toxicomanies, avec l'ouverture de vingt-deux nouvelles unités de traitements de substitution pour décembre 2011.

Le rapport tiré de l'évaluation rapide des risques a suggéré des risques possibles d'apparition d'épidémies similaires dans certains autres pays de l'UE, compte tenu des hausses des nombres déclarés d'infections à l'hépatite C (un indicateur des risques liés aux injections) et de la faible couverture des services de prévention du VIH.

### **Hépatites B et C**

L'hépatite virale, et plus particulièrement l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), est extrêmement répandue chez les usagers de drogue par injection en Europe (voir le graphique 18). Les niveaux d'anticorps VHC au sein des échantillons nationaux de consommateurs de drogue par injection en 2009-2010 oscillaient entre 14 et 70 %, sept pays sur les onze ayant des données nationales (Grèce, Italie, Chypre, Autriche, Portugal, Finlande et Norvège) déclarant une prévalence supérieure à 40 % <sup>(111)</sup>, un niveau qui pourrait indiquer que les risques liés aux injections sont suffisants pour transmettre le VIH (Vickerman e.a., 2010). Des niveaux de prévalence d'anticorps VHC supérieurs à 40 % ont également été déclarés dans les données nationales les plus récentes pour le Danemark, le Luxembourg et la Croatie, ainsi que pour neuf autres pays fournissant des données infranationales (2005-2010). La République tchèque, la Hongrie, la Slovénie (données nationales, 2009-2010) et la Turquie (données infranationales, 2008) déclarent une prévalence du VHC inférieure à 25 % (entre 5 et 24 %);

<sup>(109)</sup> Les données relatives aux tendances ne sont pas disponibles pour l'Irlande, l'Estonie, la France, les Pays-Bas et la Turquie. Voir le tableau INF-108 du bulletin statistique 2012.

<sup>(110)</sup> Voir le tableau INF-104 (partie iii) et le graphique INF-1 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(111)</sup> Voir les tableaux INF-2 et INF-111 et le graphique INF-6 (part i) du bulletin statistique 2012.



toutefois, un taux d'infection de ce niveau reste un problème de santé publique majeur.

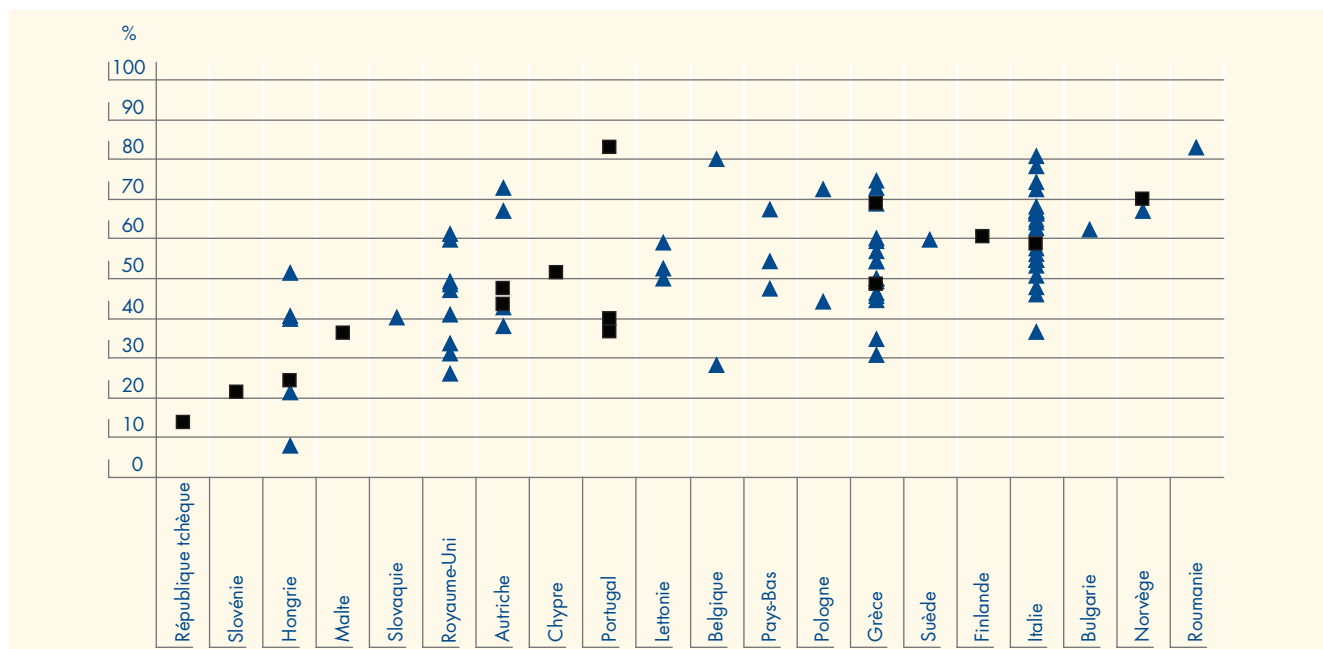
Entre 2005 et 2010, la prévalence du VHC chez les usagers de drogue par injection, aux niveaux tant national qu'infranational, a été déclarée en baisse dans six pays, et en hausse dans cinq autres (Bulgarie, Grèce, Chypre, Autriche et Roumanie). L'Italie a fait état d'un recul à l'échelon national entre 2005 et 2009 — des données plus récentes ne sont pas disponibles — mais de hausses dans trois des vingt-et-une régions du pays (Abruzzes, Ombrie et Val d'Aoste).

Des études portant sur les jeunes usagers de drogue par injection (âgés de moins de 25 ans) suggèrent une baisse de la prévalence du VHC à l'échelon infranational en Slovaquie, ce qui pourrait indiquer une chute des taux de transmission. Des hausses de la prévalence parmi les jeunes usagers de drogue par injection ont été rapportées en Bulgarie, en Grèce, à Chypre et en Autriche, mais il faut savoir que les échantillons étaient de petite taille pour la Grèce, Chypre et l'Autriche. Une hausse de la prévalence du VHC chez les nouveaux usagers de drogue par injection (qui s'injectent de la drogue depuis moins de deux ans) a été déclarée en Grèce (à l'échelon national et dans une région) <sup>(112)</sup>. Ces études, bien que difficiles

à interpréter pour des raisons méthodologiques, n'en montrent pas moins que de nombreux usagers de drogue par voie intraveineuse continuent à contracter le virus peu de temps après avoir commencé à s'injecter la drogue, ce qui donne à penser qu'on ne dispose souvent que d'un laps de temps très court pour mettre en place des mesures de prévention contre le VHC.

L'évolution dans le temps du nombre de cas déclarés d'hépatites B et C est difficile à interpréter en raison de la mauvaise qualité des données. Toutefois, on peut mieux comprendre l'épidémiologie de ces infections en examinant le pourcentage d'usagers de drogue par injection dans l'ensemble des cas déclarés où des facteurs de risque sont connus (Wiessing e.a., 2008). En moyenne, dans les seize pays pour lesquels des données sont disponibles pour la période 2009-2010, la consommation de drogue par injection représente 48 % de tous les cas de VHC et 32 % des cas aigus de VHC déclarés, où une catégorie à risque est connue. En ce qui concerne l'hépatite B, les usagers de drogue par injection représentent 6 % du total des cas déclarés et 12 % des cas aigus. Ces données confirment que les usagers de drogue par injection constituent toujours un important groupe à risque pour l'hépatite virale en Europe <sup>(113)</sup>.

**Graphique 18** — Prévalence des anticorps du VHC chez les usagers de drogue par injection



**NB:** Les données se rapportent aux années 2009 et 2010. Les carrés noirs sont des échantillons à couverture nationale; les triangles bleus sont des échantillons à couverture infranationale (locale ou régionale). Les différences entre les pays doivent être interprétées avec prudence en raison des différents types de paramètres et de méthodes d'analyse. Les stratégies nationales d'échantillonnage peuvent varier. Les pays sont présentés par ordre de prévalence croissante, sur la base de la moyenne des données nationales ou, si elles ne sont pas disponibles, de données infranationales. Pour de plus amples informations, voir le graphique INF-6 du bulletin statistique 2012.

Sources: Points focaux nationaux Reitox.

<sup>(112)</sup> Voir les tableaux INF-112 et INF-113 et le graphique INF-6 (partie ii et partie iii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(113)</sup> Voir les tableaux INF-105 et INF-106 du bulletin statistique 2012.

## Autres infections

Outre les infections virales, les usagers de drogue par injection sont également exposés à d'autres maladies bactériennes. L'épidémie d'anthrax qui a frappé les usagers de drogue injectable en Europe (OEDT, 2010a) a mis en évidence un problème persistant de maladie grave due à des bactéries sporulantes présentes chez les usagers de drogue par injection. Une étude européenne de quatre infections bactériennes (botulisme, tétanos, *Clostridium novyi* et anthrax) a révélé une importante variation dans les taux de prévalence parmi les usagers de drogue par injection selon les pays entre 2000 et 2009, avec une concentration inexplicite de cas déclarés dans le nord-ouest de l'Europe, à savoir en Irlande, au Royaume-Uni et en Norvège (Hope e.a., 2012).

En Europe, la tuberculose, une maladie bactérienne qui s'attaque généralement aux poumons, est essentiellement concentrée dans des groupes à haut risque, comme les migrants, les sans-abri, les usagers de drogue et les détenus. La séropositivité multiplie par 20 ou 30 le risque de développer la tuberculose (OMS, 2010). Les données relatives à la prévalence de la tuberculose active chez les toxicomanes en traitement sont disponibles pour cinq pays. Cette prévalence varie de 0 % (Autriche et Slovaquie) à 3,1 % (Lituanie), avec des valeurs intermédiaires en Grèce (de 0 à 0,5 %) et au Portugal (de 0,1 à 1 %). En outre, la Norvège a rapporté des cas «très rares». Par ailleurs, en 2010, quatre pays ont indiqué quelle était la proportion d'«usagers de drogue» parmi les nouveaux cas de tuberculose avec des informations sur les facteurs de risque connus: 0,9 % en Hongrie, 1,2 % en Belgique (usagers de drogue par injection), 3,3 % au Royaume-Uni (Angleterre et pays de Galles, usagers de drogue à problèmes) et 5,9 % en Lettonie.

## Prévention des maladies infectieuses et réponses apportées

La prévention des maladies infectieuses au sein de la population de consommateurs de drogue est un objectif de santé publique majeur de l'Union européenne et fait partie intégrante des politiques de lutte contre la drogue de la plupart des États membres. Les pays cherchent à prévenir et à contrôler la propagation des maladies infectieuses chez les toxicomanes en combinant plusieurs approches, notamment: la fourniture de matériel d'injection stérile; la vaccination, le dépistage et le traitement des maladies infectieuses; le traitement de la dépendance, en particulier le traitement de substitution aux opiacés. En outre, des services de proximité ou à bas seuil mènent des interventions

axées sur l'information, l'éducation et le comportement. Ces mesures ont été recommandées par des agences de l'UE en tant qu'actions prioritaires pour la prévention du VIH et de l'hépatite, le traitement et les soins aux usagers de drogue par voie intraveineuse (ECDC et OEDT, 2011).

## Interventions

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

En Europe, la disponibilité et la couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont en augmentation: sur les trente pays ayant répondu à une enquête menée en 2011, vingt-six ont déclaré que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues étaient une priorité, contre vingt-trois en 2008. En Suède, où des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues sont en cours depuis 1986, bien que limités au comté de Skåne, il était prévu de lancer un nouveau programme à Stockholm en 2011. Dans l'ensemble, tandis que les experts considèrent que les niveaux actuels de distribution de seringues répondent aux besoins de la majorité des usagers de drogue par injection dans deux tiers des pays européens, les experts nationaux de cinq pays ont indiqué que des seringues stériles et d'autres matériels d'injection propres ne sont disponibles gratuitement que pour une minorité d'usagers de drogue par injection. Néanmoins, au cours de la période 2008-2011, le nombre de pays rapportant une couverture totale ou étendue des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues a augmenté d'un tiers, passant de quinze à vingt.

Des informations sur le nombre de seringues distribuées par des programmes spécialisés en 2005 et 2010 sont disponibles pour vingt-deux pays de l'UE et la Norvège <sup>(114)</sup>. Dans ce sous-ensemble de pays, une augmentation sensible du nombre de seringues distribuées a été observée, leur nombre passant de 34,5 millions en 2005 à plus de 51 millions en 2010 (37 %). Cette augmentation globale peut cependant recouvrir différentes tendances subrégionales. Dans les dix pays pour lesquels des estimations fiables de la consommation de drogue par injection sont disponibles, le nombre de seringues distribuées par les programmes spécialisés en 2010 équivaut à 110 seringues par usager de drogue par injection <sup>(115)</sup>.

<sup>(114)</sup> Voir les tableaux HSR-5 (partie i et partie ii) du bulletin statistique 2012.

<sup>(115)</sup> Voir le graphique HSR-3 du bulletin statistique 2012.

En Europe, peu d'usagers de drogue par injection actifs reçoivent un traitement antiviral contre l'hépatite C. Toutefois, les progrès accomplis dans le traitement des maladies <sup>(116)</sup> et un ensemble de données de plus en plus fourni démontrant l'efficacité de ce traitement parmi les usagers de drogue par injection, y compris des études de modélisation qui suggèrent la possibilité de réduire la transmission du virus (Martin e.a., 2011), indiquent le potentiel offert par l'extension des stratégies pour traiter l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection.

Dans dix-neuf pays, les experts nationaux estiment que la priorité est à accorder aux services de conseils volontaires combinés à un dépistage confidentiel afin de répondre à la propagation de l'hépatite C parmi les usagers de drogue par injection. Depuis 2008, on enregistre une hausse de plus de 50 % du nombre de pays dont les experts indiquent une couverture suffisante pour le dépistage du VHC, et une légère augmentation du nombre de pays déclarant qu'au moins la moitié de la population cible reçoit des conseils concernant les risques de transmission des maladies infectieuses. Parmi les usagers de drogue par injection ayant participé à l'enquête «Unlinked Anonymous Monitoring» réalisée en Angleterre en 2010, 83 % ont déclaré s'être soumis à un dépistage VHC confidentiel et volontaire, contre 49 % en 2000. En outre, 55 % de ceux infectés par le VHC étaient conscients de leur état de santé en 2010, contre 40 % en 2000 (HPA, 2011). À Budapest, un programme inédit de réduction des risques a été lancé en 2010, dans le cadre duquel des travailleuses de services de proximité fournissaient des tests de dépistage du VIH et des hépatites B et C à des femmes consommant de la drogue par injection ou liées à des usagers de drogue par injection.

Contrairement au VHC, un vaccin sûr et efficace existe pour prévenir la propagation du virus de l'hépatite B (VHB). Actuellement, vingt-cinq pays européens ont intégré l'hépatite B à leur programme national de vaccination, et seize indiquent qu'un programme spécifique de vaccination contre le VHB existe pour les usagers de drogue par injection <sup>(117)</sup>.

## Mortalité et décès liés à la drogue

La consommation de drogue est l'une des principales causes de problèmes sanitaires et de mortalité chez les jeunes Européens. La mortalité liée à la drogue englobe les décès directement ou indirectement causés par la consommation de drogue. Cela comprend les décès par surdose (décès dus à la drogue), le VIH/sida, les accidents, la violence, le suicide et les problèmes de santé chroniques dus à la consommation répétée de

### Traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection: les nouveaux médicaments

Les patients souffrant d'une infection chronique au virus de l'hépatite C (VHC), y compris les usagers de drogue par injection, peuvent être traités au moyen d'une thérapie pharmacologique.

Introduits en 2001, les interférons pégylés (IFN PEG) alpha-2a et alpha-2b sont devenus le traitement ordinaire pour l'hépatite C chronique. En Europe, ces deux formes d'IFN PEG sont autorisées pour être utilisées avec des doses diverses de ribavirine (en fonction du génotype du VHC) et avec des recommandations de dosage légèrement différentes. L'association IFN PEG alpha-ribavirine est considérée comme le meilleur traitement disponible. Son efficacité a été démontrée chez au moins 50 % des patients traités (Rosen, 2011), et les taux de réponse sont comparables chez les usagers de drogue par injection infectés par le VHC (Hellard e.a., 2009). Les patients traités avec succès maintiennent des charges virales faibles pendant plusieurs mois après le traitement et peuvent jouir d'une qualité de vie raisonnable, pour autant qu'ils respectent un mode de vie sain. La thérapie combinée peut cependant s'avérer toxique. C'est, entre autres, pour éviter ses effets secondaires mais aussi pour améliorer le traitement existant contre la VHC que les chercheurs explorent d'autres stratégies thérapeutiques. Les interventions étudiées comprennent le télaprévir et le bocéprévir, deux inhibiteurs des protéases qui ont reçu l'agrément aux États-Unis en 2011 après les résultats positifs des essais cliniques (Rosen, 2011).

drogues <sup>(118)</sup>. Ces décès touchent surtout des usagers de drogue à problèmes, bien que certains puissent survenir chez des consommateurs occasionnels (par exemple les accidents de la circulation).

L'estimation de la mortalité globale liée à la drogue peut se calculer de différentes manières. L'une des méthodes consiste à combiner les informations des études de mortalité de cohorte avec les estimations de la prévalence de la consommation de drogue. Une autre approche consiste à utiliser les statistiques générales existantes sur la mortalité et à estimer la proportion de décès liés à la consommation de drogue. Les études de mortalité de cohorte suivent les mêmes groupes d'usagers de drogue à problèmes dans le temps et, en établissant des liens avec les registres de mortalité, elles tentent d'identifier les causes des décès survenant dans le groupe. Ce type d'étude permet de déterminer les taux de mortalité globale et ceux de mortalité liée à une cause spécifique pour la cohorte et d'estimer la mortalité en excès du groupe par rapport à la population générale <sup>(119)</sup>.

<sup>(116)</sup> Voir l'encadré «Traitement de l'hépatite C chez les usagers de drogue par injection: les nouveaux médicaments».

<sup>(117)</sup> Voir le tableau HSR-6 du bulletin statistique 2012.

<sup>(118)</sup> Voir la «Question particulière» de 2011 sur la mortalité liée à la consommation de drogue.

<sup>(119)</sup> Pour des informations sur les études de mortalité de cohorte, voir les indicateurs clés sur le site de l'OEDT.

En fonction des lieux de recrutement (par exemple les centres de traitement de la toxicomanie) et des critères d'inclusion (par exemple les usagers de drogue par voie intraveineuse, les héroïnomanes), la plupart des études de cohorte présentent des taux de mortalité de 1 à 2 % par an parmi les usagers de drogue à problèmes. Une analyse des données provenant de plus de trente études de cohorte ayant suivi des patients jusqu'en 2010 a permis d'estimer entre 10 000 et 20 000 le nombre de décès de consommateurs d'opiacés chaque année en Europe (OEDT, 2011c). Les taux de mortalité annuels sont généralement compris entre 10 et 20 cas pour 1 000 habitants, ce qui représente une mortalité en excès de 10 à 20 fois plus élevée que prévu. La plupart des décès surviennent chez des hommes d'environ 35 ans. Quatre grandes catégories de causes de décès sont identifiables: les surdoses, les maladies, les suicides et les traumatismes. L'importance relative des différentes causes de décès varie d'un pays à l'autre et dans le temps. En général, toutefois, les surdoses constituent la principale cause de décès des usagers de drogue à problèmes en Europe et la mieux documentée.

### Décès dus à la drogue

Les estimations les plus récentes suggèrent que 7 000 décès par surdose ou dus à la drogue seraient survenus en 2009 dans les États membres de l'UE et en Norvège, soit une diminution par rapport aux plus de 7 600 décès signalés en 2009 <sup>(120)</sup>. Il est probable que ces chiffres soient des estimations prudentes, car les données nationales peuvent être influencées par un sous-signalement ou une sous-évaluation des décès dus à la drogue. De 1996 à 2009, entre 6 300 et 8 400 décès dus à la drogue ont été déclarés chaque année par les États membres de l'UE et la Norvège. En 2009, l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles pour la quasi-totalité des pays, l'Allemagne et le Royaume-Uni représentaient plus de la moitié de tous les décès dus à la drogue déclarés.

En 2010, le taux moyen de mortalité due à des surdoses dans l'UE est estimé à 20 décès par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans, avec des différences considérables entre les pays. Quatorze pays européens sur trente affichent des taux supérieurs à 20 décès par million d'habitants et sept pays signalent des taux supérieurs à 40 décès par million d'habitants.

### Décès liés aux opiacés

#### Héroïne

Les opiacés, et plus particulièrement l'héroïne ou ses métabolites, sont présents dans la majorité des décès dus à la drogue signalés en Europe. Dans les vingt-trois pays ayant fourni des données pour 2009 ou 2010, les opiacés représentaient la grande majorité des cas, avec quinze pays déclarant des proportions de 80 % ou plus, dont six des proportions supérieures à 90 %. Outre l'héroïne, les autres substances souvent décelées comprennent l'alcool, les benzodiazépines et d'autres opiacés et, dans certains pays, la cocaïne. Ces chiffres suggèrent qu'une part substantielle de tous les décès dus à la drogue s'inscrit dans un contexte de polytoxicomanie.

La majorité des victimes de décès par surdose en Europe sont des hommes (80 % pour l'ensemble) <sup>(121)</sup>. Les situations diffèrent entre les pays, les pourcentages d'hommes étant plus élevés dans les pays méridionaux (Grèce, Italie, Portugal, Roumanie et Croatie), en Estonie, en Lettonie et en Lituanie, ainsi qu'en Turquie. Dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004, les décès déclarés dus à la drogue sont également plus susceptibles de survenir chez les hommes et les jeunes gens.

Le Danemark, l'Espagne, les Pays-Bas et la Norvège signalent, quant à eux, des pourcentages plus élevés de décès de personnes plus âgées. Dans la majorité des pays, l'âge moyen des personnes décédées d'une surdose d'héroïne est d'environ 35 ans et cet âge augmente dans de nombreux pays. Cette donnée donne à penser que le nombre de jeunes héroïnomanes se stabilise ou diminue et que la cohorte des usagers d'opiacés à problèmes vieillit. Dans l'ensemble, 11 % des décès par surdose déclarés en Europe surviennent chez les moins de 25 ans et 57 % chez les 35 ans et plus <sup>(122)</sup>.

Plusieurs facteurs sont associés aux surdoses d'héroïne, mortelles ou non. Ces facteurs incluent l'injection et l'utilisation simultanée d'autres substances, en particulier l'alcool et les benzodiazépines, la comorbidité, des expériences antérieures de surdoses, le fait de ne pas suivre un traitement et l'absence de domicile fixe. La période suivant immédiatement la sortie de prison ou la fin d'un traitement de toxicomanie a été identifiée comme une période particulièrement à risque pour les surdoses, comme le confirment de nombreuses études longitudinales (OEDT, 2011c). Un risque de décès accru est également associé à la solitude au moment de la surdose.

<sup>(120)</sup> Les estimations européennes reposent sur des données de 2010 pour vingt des vingt-sept États membres de l'UE, et sur des données de 2009 pour sept autres pays et la Norvège. La Belgique est exclue, car aucune donnée n'est disponible. Pour de plus amples informations, voir le tableau DRD-2 (partie i) du bulletin statistique 2012.

<sup>(121)</sup> Étant donné que la majorité des décès dus à la drogue signalés à l'OEDT sont des surdoses d'opiacés (essentiellement d'héroïne), les caractéristiques générales des décès déclarés servent ici à décrire et à analyser les décès liés à la consommation d'héroïne. Voir le graphique DRD-1 du bulletin statistique 2012.

<sup>(122)</sup> Voir les graphiques DRD-2 et DRD-3 et le tableau DRD-1 (partie i) du bulletin statistique 2012.

### Autres opiacés

Outre l'héroïne, divers autres opiacés sont mentionnés dans les rapports toxicologiques, dont la méthadone (OEDT, 2011a) et, plus rarement, la buprénorphine <sup>(123)</sup>. Des préoccupations croissantes à l'échelon international (en particulier en Australie, au Canada et aux États-Unis) sont suscitées par les décès associés à l'abus d'analgésiques vendus sur ordonnance, par exemple l'oxycodone. En Europe, même si les preuves de décès résultant de l'usage d'analgésiques opiacés prescrits restent limitées, ces dernières années ont vu des «épidémies» de surdoses liées à des opiacés de synthèse, tels que le 3-méthylfentanyl produit illégalement en Estonie. Cette situation donne à penser qu'il serait nécessaire de suivre de près les changements de mode de consommation de drogue pouvant être associés à des risques élevés de mortalité.

### Décès liés à d'autres substances

Les décès causés par un empoisonnement aigu à la cocaïne semblent relativement peu courants et cette drogue est très rarement identifiée comme la seule substance ayant contribué à un décès lié à la drogue. Toutefois, étant donné que les surdoses par cocaïne sont plus difficiles à déceler et à identifier que celles causées par des opiacés, il se pourrait qu'elles soient sous-signalées (voir le chapitre 5).

En 2010, près de 640 décès liés à la cocaïne ont été signalés dans seize pays. Du fait de la comparabilité limitée des données disponibles, il est difficile de dégager une tendance pour l'Europe. Les données les plus récentes pour l'Espagne et le Royaume-Uni, les deux pays où la prévalence de la cocaïne est la plus élevée, confirment une baisse des décès liés à la drogue observés depuis 2008.

Les décès pour lesquels la présence de stimulants autres que la cocaïne a été détectée, comme les amphétamines ou l'ecstasy (MDMA), sont rarement recensés, et, dans de nombreux cas, la drogue n'est pas identifiée comme la cause directe de la mort <sup>(124)</sup>. L'apparition de la disponibilité de substances psychoactives actuellement non contrôlées a aussi été associée à ces décès dans les articles des médias et les rapports toxicologiques traitant des décès liés à la drogue, bien qu'il soit difficile d'effectuer un suivi dans ce domaine. Des décès associés aux cathinones, notamment la méphédronne et le MDPV, ont été déclarés, mais pas en grand nombre. Par ailleurs, certains décès ont été associés à d'autres nouvelles substances, avec comme exemple récent la

4-méthylamphétamine, dont les données de mortalité ont incité l'OEDT et Europol à entreprendre une évaluation à l'échelon européen <sup>(125)</sup>.

### Tendances des décès dus à la drogue

Le nombre de décès dus à la drogue a considérablement augmenté en Europe dans les années 1980 et au début des années 1990, parallèlement à l'évolution de la consommation d'héroïne et de drogues injectables. Par la suite, les chiffres sont restés élevés <sup>(126)</sup>. Entre 2000 et 2003, la plupart des États membres de l'UE ont rapporté une diminution des décès, suivie d'une nouvelle hausse entre 2003 et 2008-2009, ces deux années ayant vu une stabilisation. Les données préliminaires pour 2010 suggèrent un chiffre global inférieur à celui de 2009, avec une poursuite de la baisse du nombre de décès déclarés en Allemagne, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Autriche, au Royaume-Uni et en Turquie.

La majorité des pays présentant un taux de mortalité supérieur à la moyenne en 2010 se situent dans le nord de l'Europe, alors qu'une grande partie des pays où le taux était inférieur à la moyenne européenne sont du sud de l'Europe. Les données sont présentées dans le graphique 19 concernant une sélection de pays qui ont rejoint l'Union européenne depuis 2004 et la Norvège. Pour comparer les pays, il faut faire preuve de prudence en raison des différences méthodologiques.

Il est plus difficile d'évaluer les tendances dans les États membres de l'UE plus récents et les pays candidats, car le nombre de décès déclarés est faible et les améliorations apportées aux capacités de rapport peuvent réduire la comparabilité des données dans le temps. Malgré ces difficultés, un accroissement a été noté dans le taux de mortalité lié aux décès dus à la drogue en Estonie et, dans une moindre mesure, en République tchèque, en Lituanie, en Hongrie, en Croatie et en Turquie.

Il est difficile d'expliquer le nombre élevé de décès dus à la drogue dans certains pays, en particulier au regard des indications de baisse de la consommation de drogue par voie intraveineuse et de la hausse du nombre de consommateurs d'opiacés en contact avec des services de traitement et de réduction des risques. Plusieurs explications pourraient être avancées, comme des niveaux plus élevés de polytoxicomanie (OEDT, 2009b) ou de comportements à risques, une augmentation du nombre de consommateurs d'opiacés qui rechutent à la sortie de prison ou à l'issue d'un traitement et le vieillissement de la cohorte d'utilisateurs de drogue plus vulnérables.

<sup>(123)</sup> Voir le tableau DRD-108 du bulletin statistique 2012.

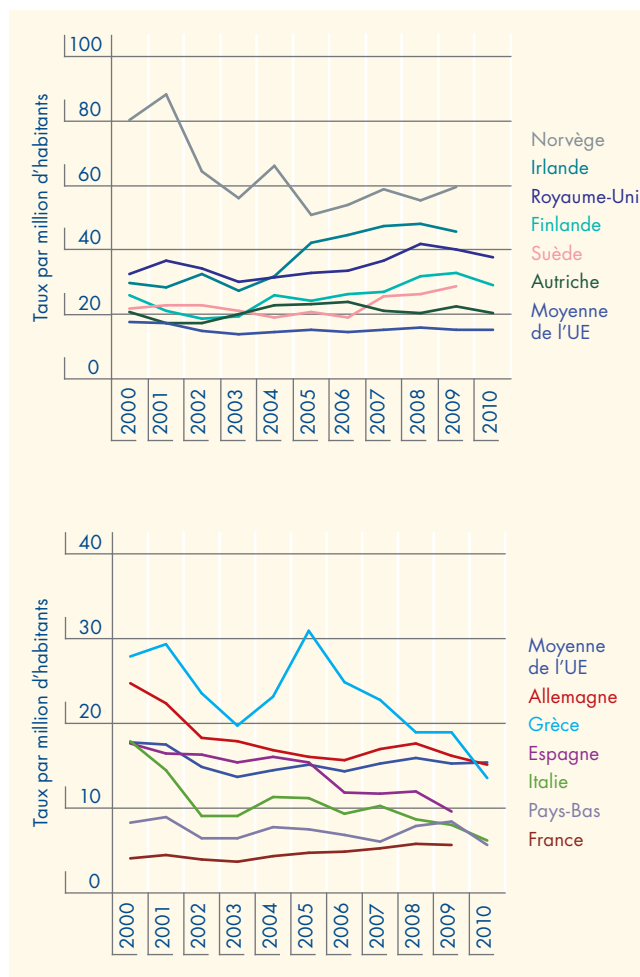
<sup>(124)</sup> Pour les données sur les décès liés à d'autres drogues que l'héroïne, voir le tableau DRD-108 du bulletin statistique 2012.

<sup>(125)</sup> Pour de plus amples informations sur les nouvelles substances et le système européen d'alerte précoce, voir le chapitre 8.

<sup>(126)</sup> Voir les graphiques DRD-8 et DRD-11 du bulletin statistique 2012.



**Graphique 19** — Tendances des taux de mortalité liée à la drogue dans la population générale dans une sélection d'États membres d'avant 2004 et en Norvège — Pays présentant des taux supérieurs à la moyenne de l'UE en 2010 (en haut) et inférieurs à la moyenne de l'UE (en bas)



NB: La moyenne de l'UE est calculée pour les 27 États membres de l'UE et la Norvège. La valeur de 2010 est provisoire, car des données n'étaient disponibles que pour 20 pays. Les données sont présentées pour la Norvège et les États membres d'avant 2004 qui ont déclaré plus de 100 décès dus à la drogue pour l'année la plus récente.

### Décès indirectement liés à la consommation de drogue

En combinant les données existantes d'Eurostat et de la surveillance du VIH/sida, l'OEDT a estimé que quelque 1 830 personnes sont décédées d'une contamination par le VIH/sida imputable à la consommation de drogue dans l'Union européenne en 2009 <sup>(127)</sup>; près de 90 % de ces décès sont survenus en Espagne, en France, en Italie et au Portugal. Parmi les pays affichant des taux estimés bien supérieurs à ceux des autres pays, les taux de mortalité due au VIH/sida attribués à l'usage de drogue par injection ont diminué en Espagne, en Italie et au Portugal, mais augmenté en Lettonie et en Lituanie, comparativement

à 2008. Les épidémies de VIH récemment observées parmi les usagers de drogue par injection en Grèce et en Roumanie (OEDT et ECDC, 2012) nécessiteront un suivi étroit concernant les soins aux patients et les taux de décès liés au VIH/sida.

Les autres maladies à l'origine d'un certain nombre de décès chez les toxicomanes incluent des affections chroniques telles que les troubles hépatiques, essentiellement dus au virus de l'hépatite C (VHC) et souvent aggravés par une forte consommation d'alcool et une coinfection au VIH. Les conséquences d'une infection au VHC peuvent s'avérer particulièrement graves pour les usagers de drogue, des données probantes suggérant que cette infection peut doubler leur risque de décès lié à la drogue et qu'elle peut correspondre au risque élevé de décès liés à la drogue parmi les usagers de drogue plus âgés (Merrall e.a., 2012). Les décès provoqués par d'autres maladies infectieuses sont plus rares. D'autres causes de décès chez les toxicomanes, telles que le suicide, les traumatismes et les homicides, ont fait l'objet d'une attention nettement plus réduite, en dépit de leur impact considérable sur la mortalité.

Alors que la mortalité liée au VIH chez les usagers de drogue affiche une tendance à long terme descendante, les autres causes de mortalité ne montrent que peu de signes de diminution ces dernières années, cela malgré l'application à plus grande échelle du traitement, notamment le traitement de substitution aux opiacés, et d'autres services. Une série de facteurs liés entre eux peuvent contribuer à expliquer ce problème très difficile. Outre les facteurs mentionnés précédemment, qui concernaient spécifiquement les facteurs de risque de décès dus à la drogue, ces autres facteurs comprennent: la consommation d'alcool et d'autres drogues, une très mauvaise santé, la comorbidité ainsi que l'exclusion sociale et la marginalisation. Si ce coût sanitaire majeur associé à la consommation de drogue doit être réduit en Europe, il importe de réaliser de nouveaux efforts pour mieux comprendre et cibler les facteurs directs et indirects associés à la mortalité parmi les usagers de drogue à problèmes.

### Réduction des décès liés à la drogue

Réduire le nombre de vies perdues à cause de l'usage de drogue est une priorité politique essentielle dans la majorité des pays européens; pour seize d'entre eux, cette ambition est un objectif inscrit dans leurs documents de politique antidrogue nationale ou régionale ou fait l'objet d'un plan d'action spécifique. Dans certains autres pays européens, comme l'Autriche et la Norvège, les augmentations des décès liés à la drogue observées au

<sup>(127)</sup> Voir le tableau DRD-5 (partie iii) du bulletin statistique 2012.

cours des années précédentes ont attiré l'attention sur la nécessité d'améliorer les réponses.

Le fait d'être en traitement réduit de manière significative le risque de mortalité chez les toxicomanes; du fait de son meilleur profil de sécurité pharmacologique, la buprénorphine est le médicament recommandé pour le traitement d'entretien dans certains pays <sup>(128)</sup>. Une combinaison de buprénorphine et de naloxone <sup>(129)</sup> a obtenu une autorisation de mise sur le marché dans la moitié des pays européens <sup>(130)</sup>. Pour les usagers de drogue qui entament un traitement ou en sortent, des risques considérables liés à la tolérance à la drogue ont également été identifiés. Des études révèlent que le risque d'un décès dû à la drogue en cas de rechute après un traitement ou dans les semaines suivant la sortie de prison est extrêmement élevé.

Outre l'amélioration de l'accès au traitement de la toxicomanie, d'autres interventions visent à réduire les risques de surdose chez les toxicomanes, notamment par des formations et des informations sur le risque de surdose. Une formation aux surdoses associée à une prise à domicile de naloxone est une approche qui pourrait éviter des décès par surdose d'opiacés. En 2011, les deux tiers des pays européens ont rapporté que le personnel ambulancier était formé à l'utilisation de la naloxone; dans un peu plus de la moitié des pays, cette substance est désignée comme faisant partie des médicaments standards à bord des ambulances. Seuls l'Italie, la Roumanie et le Royaume-Uni mentionnent l'existence de programmes communautaires de réduction des risques, dans le cadre desquels de la naloxone à prendre à domicile est fournie aux consommateurs d'opiacés, à leur famille et aux soignants. Des barrières légales persistent dans d'autres pays européens, notamment l'Estonie, pays affichant le taux le plus élevé de mortalité liée à la drogue parmi les adultes (de 15 à 64 ans) dans l'Union européenne. Au Royaume-Uni, il a toutefois été démontré que, avec un minimum de formation, le personnel médical, y compris les travailleurs des services aux toxicomanes, peut accroître

ses connaissances, ses compétences et sa confiance afin de pouvoir gérer une surdose d'opiacés et administrer de la naloxone (Mayet e.a., 2011).

La majorité des pays font état de la distribution de matériel d'information sur le risque de surdose, souvent produit en plusieurs langues pour atteindre les toxicomanes immigrés, par des agences et des sites internet spécialisés dans la toxicomanie et, plus récemment, par des messages téléphoniques et des courriels. Entre 2008 et 2011, trois pays supplémentaires ont déclaré assurer une couverture complète ou étendue de matériel d'information sur le risque de surdose.

Par ailleurs, des soins et une aide supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires pour répondre aux besoins de groupes vulnérables de toxicomanes, par exemple ceux infectés par le VIH ou les usagers de drogue plus âgés. Une évaluation des risques de surdose, à réaliser par des travailleurs des services aux toxicomanes ou des services médicaux formés en la matière, peut faciliter l'identification précoce des personnes à haut risque et éventuellement avoir un effet catalyseur pour réduire les risques. Les experts nationaux indiquent qu'une évaluation des risques de surdose suffit à répondre aux besoins de la majorité des consommateurs d'opiacés dans moins de la moitié des pays européens. Or, une augmentation considérable (44 %) a été observée en la matière entre 2008 et 2011.

Des interventions hautement ciblées, comme les salles de consommation de drogue sous surveillance, permettent d'atteindre des sous-groupes spécifiques de toxicomanes fortement marginalisés et contribuent à réduire la morbidité et la mortalité. Au Danemark, en 2011, une organisation privée a établi à Copenhague une salle d'injection mobile offrant un environnement d'injection plus sûr et une surveillance médicale <sup>(131)</sup>. À l'instar des salles de consommation de drogue sous surveillance installées en Allemagne, en Espagne, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Norvège, cette nouvelle structure au Danemark est équipée afin de réduire l'incidence des surdoses non mortelles.

<sup>(128)</sup> Voir les lignes directrices relatives au traitement sur le portail des meilleures pratiques.

<sup>(129)</sup> La naloxone, qui inverse les effets des opiacés, est largement utilisée dans les hôpitaux et la médecine d'urgence.

<sup>(130)</sup> Voir le tableau HSR-1 du bulletin statistique 2012.

<sup>(131)</sup> Pour de plus amples informations, voir le site internet de Mobile Fixerum.



Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

## Chapitre 8

# Nouvelles drogues et tendances émergentes

### Introduction

En Europe et dans le monde, les nouvelles drogues et les nouveaux modes de consommation attirent de plus en plus l'attention du monde politique, des médias et du public. Cette situation s'explique, en partie, par les évolutions des technologies de la communication, qui influencent tous les aspects de la vie moderne, jusqu'à la nature du marché de la drogue et de la demande des consommateurs. Dans ce contexte en évolution constante, l'offre d'informations objectives en temps utile sur les nouvelles drogues et les tendances émergentes revêt une importance accrue. La réponse de l'Europe à ce phénomène repose sur un réseau d'alerte précoce, qui utilise des informations provenant de sources diverses, notamment la science médico-légale, des enquêtes, des suivis en ligne et les données des urgences hospitalières.

### Action de l'Union européenne sur les nouvelles drogues

Le système d'alerte précoce de l'Union européenne est conçu comme un mécanisme de réponse rapide à l'émergence de nouvelles substances psychoactives. À la suite d'une analyse de ce système menée en 2011, la Commission européenne travaille à l'élaboration d'un nouvel instrument en vue du remplacement de la décision 2005/387/JAI du Conseil <sup>(132)</sup>.

### Nouvelles substances psychoactives

Entre 2005 et 2011, 164 nouvelles substances psychoactives ont été formellement notifiées par le biais du système d'alerte précoce. En 2011, pour la troisième année consécutive, un nombre record de substances (49) ont été détectées pour la première fois en Europe; à titre de comparaison, 41 substances avaient été détectées en 2010 et 24 en 2009.

Cette hausse marquée du nombre de substances notifiées intervient dans le contexte d'un phénomène des *legal highs* ou «euphorisants légaux» en développement constant. Elle reflète à la fois le nombre de substances

lancées sur le marché européen de la drogue et l'amélioration des capacités de rapport des systèmes nationaux d'alerte précoce. La présence sur le marché de certaines de ces nouvelles drogues a été détectée par des achats-tests d'«euphorisants légaux» sur l'internet et dans des magasins spécialisés. Dans la plupart des cas, elles ont cependant été détectées à l'occasion d'analyses médico-légales des saisies. Aucune première identification dans des échantillons biologiques (sang, urine) n'a été déclarée en 2010 ou 2011, alors qu'un quart des substances notifiées en 2009 avaient été détectées dans de tels échantillons biologiques.

Comme en 2010, environ deux tiers des nouvelles substances notifiées en 2011 étaient des cannabinoïdes de synthèse ou des cathinones de synthèse; ces deux groupes représentent aussi les deux tiers du total des nouvelles substances rapportées au système d'alerte précoce depuis 2005 (OEDT et Europol, 2011). Les cannabinoïdes de synthèse forment le groupe le plus important parmi les six groupes de substances surveillés (voir le graphique 20). La surveillance porte aussi sur un certain nombre de médicaments (par exemple le phénazépam et l'étizolam), sur les métabolites ou précurseurs de médicaments (5-hydroxytryptophane) et sur des substances basées sur des médicaments (par exemple la camphétamine, un dérivé de la fencamfamine). Un exemple en est la méthoxétamine, un dérivé de la kétamine déclaré en 2010 et activement surveillé par le système d'alerte précoce. Cette substance est susceptible de produire une toxicité aiguë (Wood e.a., 2012a) et chronique similaire à celle observée pour la kétamine.

### Production et offre de nouvelles drogues

D'après les rapports à ce sujet, la plupart des substances psychoactives qui apparaissent sur le marché européen des drogues illicites sont synthétisées à l'extérieur de l'Europe, la Chine et, dans une moindre mesure, l'Inde étant identifiées comme les principaux pays producteurs. Les autorités répressives européennes ont découvert des installations chargées d'importer, de mélanger

<sup>(132)</sup> Décision 2005/387/JAI du Conseil relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives, JO L 127 du 20.5.2005.

## Définir les nouvelles drogues: nouvelles substances psychoactives ou «euphorisants légaux»?

Diverses expressions sont employées pour décrire les nouvelles drogues. Vous trouverez ci-dessous les définitions de l'OEDT concernant les concepts les plus courants.

Selon les définitions utilisées par le système d'alerte précoce de l'Union européenne, une nouvelle substance psychoactive est un nouveau stupéfiant ou un nouveau psychotrope qui n'est pas répertorié par les conventions des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 et de 1971 et qui peut constituer une menace pour la santé publique comparable à celle que comportent les substances mentionnées dans ces conventions (1).

L'expression «drogue de conception» est apparue dans les années 1980 avec l'émergence des composés d'«ecstasy» (MDMA et autres) sur le marché des drogues illicites. Elle désigne des substances psychoactives non réglementées conçues pour imiter les effets de drogues réglementées. La structure chimique de ces substances est légèrement altérée afin de contourner les contrôles existants. L'expression employée implique que ces substances sont généralement fabriquées à partir de précurseurs chimiques dans un laboratoire clandestin.

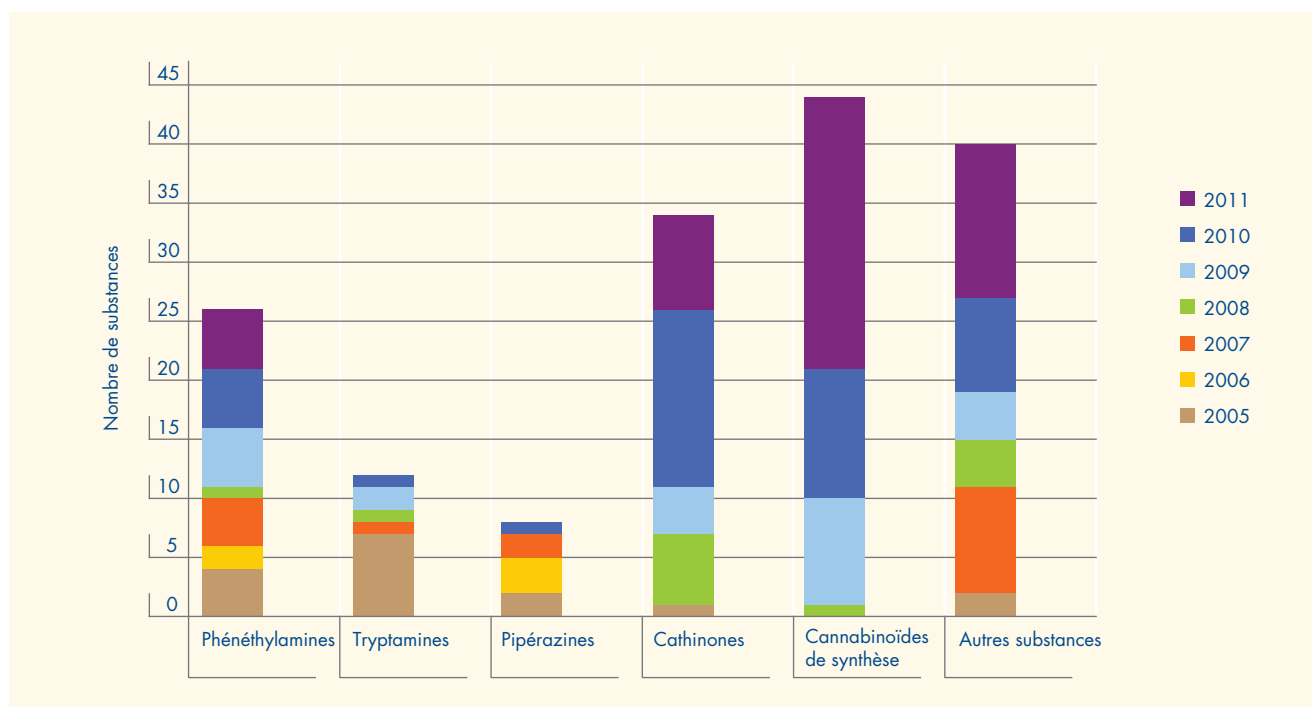
Selon la définition de l'OEDT, les «euphorisants légaux» sont un terme générique désignant des substances psychoactives non réglementées ou des produits annoncés comme contenant de telles substances, qui sont spécifiquement conçus pour imiter les effets des substances contrôlées. Cette définition englobe un large éventail de substances de synthèse et de dérivés de plantes, généralement vendues en ligne ou dans des *smart shops* ou des *head shops*. Qualifier ces substances de «légaux» peut être inexact ou trompeur. En effet, certains de ces produits peuvent contenir des substances soumises au contrôle de la législation sur les drogues, mais d'autres peuvent être soumises à la réglementation sur la sécurité des médicaments ou des aliments (OEDT, 2011a).

D'autres expressions sont employées, par exemple celle d'«euphorisants végétaux» qui souligne la prétendue origine naturelle d'un produit.

Dans le but de contourner les réglementations sur la consommation et la commercialisation, de nouvelles substances psychoactives sont également vendues sous diverses étiquettes de produits, comme «produits chimiques de recherche», «sels de bain» ou «plante à usage alimentaire».

(1) La décision 2005/387/JAI du Conseil donne une définition juridiquement contraignante des substances qu'elle couvre.

Graphique 20 — Principaux groupes de nouvelles substances psychoactives identifiées par le système d'alerte précoce depuis 2005



NB: Nombre de nouvelles substances psychoactives notifiées au système européen d'alerte précoce en vertu de la décision 2005/387/JAI du Conseil. Pour de plus amples informations sur les phénéthylamines, tryptamines, pipérazines, cathinones et cannabinoïdes de synthèse, voir les fiches drogues (*Drug profiles*) sur le site internet de l'OEDT. La catégorie «Autres substances» inclut diverses substances psychoactives dérivées de plantes et de synthèse, qui n'appartiennent pas, stricto sensu, à l'une des autres familles de substances. Elle inclut également un petit nombre de médicaments et de dérivés.

Source: Système d'alerte précoce.

et d'emballer ces substances. Des rapports indiquent que la criminalité organisée est impliquée dans la transformation de ces substances en comprimés et dans leur commercialisation. Ces produits sont vendus en général sous l'appellation d'«euphorisants légaux» sur l'internet, ainsi que dans des magasins comme les *smart shops* ou les *head shops*. Dans certains cas, toutefois, ils sont vendus comme des drogues illicites telles que l'«ecstasy», avec des logos caractéristiques associés à ce type de drogues.

Selon les rapports en la matière, ces dernières années, les autorités répressives européennes interviennent davantage dans des affaires transnationales relatives au trafic, au mélange et à l'emballage de nouvelles substances psychoactives. Des enquêtes sur la méphédronne ont révélé que cette drogue était pour l'essentiel fabriquée en Chine et pénétrait souvent dans les pays européens où elle est réglementée, par l'intermédiaire d'un pays tiers où elle ne l'est pas (Europol). Des saisies peu importantes, surtout de cathinones et de cannabinoïdes de synthèse, ont été déclarées par l'Allemagne, l'Estonie et la Hongrie, ainsi que par le Danemark concernant du mCPP<sup>(133)</sup>. Des saisies plus importantes, composées en majorité de nouvelles substances psychoactives non précisées, ont été déclarées par l'Espagne (saisie dans un *head shop* pour un total de 96 kilos) et par la Lettonie (environ 5 kilos); la République tchèque a, quant à elle, fait état d'une saisie de plus de 20 kilos de méphédronne en provenance de l'Inde. D'autres installations de production ont été démantelées ou saisies en Belgique, en Irlande, en Pologne (5 kilos de méphédronne) et aux Pays-Bas, où 150 kilos de poudres blanches et environ 20 000 paquets contenant plusieurs cannabinoïdes de synthèse ont été saisis sur un seul site.

Dans certains cas, l'analyse de substances saisies, comme des «plantes à usage alimentaire» ou des «produits chimiques de recherche», a révélé qu'elles contenaient des drogues contrôlées, en particulier des cathinones et des pipérazines. On a ainsi détecté de la PMMA dans des produits «euphorisants légaux», ce qui met évidemment le consommateur en danger (OEDT et Europol, 2011; Sedefov e.a., 2011). Un rapport récent provenant du Royaume-Uni a montré que 19 % des achats-tests sur l'internet de produits annoncés comme des «euphorisants légaux» contenaient une substance contrôlée, tandis que 22 % contenaient des pipérazines, 20 % des cathinones et 18 % des cannabinoïdes de synthèse (Serious Organised Crime Agency, 2011). On ignore

toutefois dans quelle mesure la criminalité organisée est impliquée dans le commerce de ces nouvelles substances. Actuellement, le marché semble largement dominé par des entrepreneurs opportunistes qui profitent de l'internet pour commercialiser et vendre leurs produits.

### Disponibilité en ligne

L'OEDT surveille régulièrement la disponibilité en ligne des «euphorisants légaux» par le biais de ses études ciblées de l'internet (instantané) (OEDT, 2011a). Réalisé en janvier 2012, le plus récent de ces instantanés a utilisé 20 des 23 langues officielles de l'UE, ainsi que le norvégien, le russe et l'ukrainien<sup>(134)</sup>.

Il a constaté la poursuite de la hausse du nombre de magasins en ligne proposant de fournir des substances psychoactives ou produits susceptibles d'en contenir à des clients dans au moins un État membre de l'UE. L'instantané de janvier 2012 a permis de recenser 693 magasins en ligne, contre 314 en janvier 2011 et 170 en janvier 2010.

Trois produits naturels — le kratom, la salvia et les champignons hallucinogènes — restent les «euphorisants légaux» les plus fréquemment offerts en ligne, suivis par huit substances de synthèse, dont la disponibilité a augmenté au cours de l'année 2011 (voir le tableau 10). L'instantané de 2012 a identifié une augmentation sensible de la disponibilité de différents cathinones de synthèse, ce qui pourrait suggérer que les opérateurs en ligne recherchent en permanence un produit pour remplacer la méphédronne. La méphédronne elle-même est restée disponible en ligne et semble avoir rebondi après un recul marqué de sa disponibilité en ligne de mars 2010 à juillet 2011, lorsque cette substance a été soumise à contrôle dans un nombre croissant d'États membres de l'UE (OEDT, 2011a). Des «produits analogues au Spice» ont été identifiés dans 21 magasins en ligne en 2012, ce qui représente une réduction importante par rapport aux 55 magasins en ligne qui proposaient ces produits en 2009.

L'internet étant un marché de dimension mondiale, les magasins en ligne vendant de nouvelles substances semblent être établis dans de nombreux pays. Toutefois, le comportement et les préférences du marché ne sont pas nécessairement mondiaux, de nombreux produits en ligne ciblant des marchés géographiques spécifiques. Par exemple, le produit «Kronic» est presque exclusivement vendu par des opérateurs établis en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

<sup>(133)</sup> 1-(3-chlorophényl)pipérazine.

<sup>(134)</sup> Les termes de recherche utilisés étaient «euphorisants légaux», «euphorisants végétaux» («Spice», kratom et salvia), GBL (gamma-butyrolactone), champignons hallucinogènes, méphédronne et substances liées au pipradrol: 2-DPMP (désoxypipradrol), désoxy-D2PM [2-(diphénylméthyl)pyrrolidine] et D2PM (diphénylprolinol).

**Tableau 10 – Dix nouvelles substances psychoactives ou «euphorisants légaux» habituellement en vente dans les magasins en ligne étudiés en 2011 et 2012**

	Nombre de magasins en ligne vendant le produit		
	Janvier 2012	Juillet 2011	Janvier 2011
Kratom (produit naturel)	179	128	92
Salvia (produit naturel)	134	110	72
Champignons hallucinogènes (produit naturel)	95	72	44
Méthoxétamine (arylcyclohexylamine)	68	58	14
MDAI (aminoindane)	65	61	45
6-APB (benzofuran)	54	49	35
MDPV (cathinone)	44	32	25
4-MEC (cathinone)	43	32	11
Methiopropamine (thiophène)	39	28	5
5-IAI (aminoindane)	38	27	25

Source: OEDT.

Même si ces données peuvent permettre de déduire certaines indications sur l'offre des «euphorisants légaux» en ligne, il n'y a pas d'informations sur les ventes effectives. Pour mesurer les niveaux d'usage des nouvelles substances psychoactives en Europe, qu'elles soient achetées via l'internet ou d'autres moyens, il convient d'examiner les données disponibles en matière de prévalence de la consommation.

## Prévalence

Les données de prévalence sur les nouvelles substances psychoactives sont rares et souffrent souvent de limitations méthodologiques, y compris d'un manque de définitions communes, ainsi que de l'utilisation d'échantillons non représentatifs ou autosélectionnés. En 2011, des études nationales représentatives ont été réalisées pour la première fois sur la prévalence des «euphorisants légaux» et des nouvelles substances psychoactives parmi la population générale (Irlande et Royaume-Uni) et les étudiants (Espagne). D'après les résultats, les niveaux de prévalence sont généralement faibles mais il est possible que la consommation puisse augmenter rapidement au sein de certaines sous-populations.

Toujours en 2011, une enquête européenne sur les attitudes des jeunes, dans le cadre de laquelle plus

## Des échantillons d'urine communs et anonymes: une source d'information objective sur la consommation de drogues

Les nouvelles approches d'identification et de mesure de la consommation de drogue dans la population qui reposent sur l'analyse des eaux usées pourraient solutionner certaines limitations des enquêtes de population. La fiabilité des données tirées des déclarations spontanées des usagers de drogue peut être affectée par des variations du contenu des drogues consommées. Cela est particulièrement vrai pour les drogues de synthèse et les nouvelles substances psychoactives, puisque l'usager ne sait pas nécessairement quelles substances il consomme. L'analyse des eaux usées communes des stations d'épuration est utilisée pour déterminer, au niveau d'une population, le degré de consommation de drogues illicites comme la MDMA ou la cocaïne. Cette technique est cependant problématique dans le cas des substances psychoactives, dont le métabolisme et la stabilité sont peu connus.

Une étude pilote menée afin d'évaluer la faisabilité de l'utilisation d'échantillons d'urine communs pour identifier les drogues consommées dans les milieux de vie nocturne à Londres a été entreprise en 2011 (Archer e.a., 2012). Cette étude a détecté à la fois des drogues illicites connues et de nouvelles substances psychoactives, y compris de la méphédronne, du TMPP (3-trifluorométhylphénylpipérazine) et du 2-AI (2-amino-indane). Les drogues présentes en plus fortes concentrations dans les échantillons étaient la méphédronne, la kétamine et la MDMA. En plus des substances parentales, des métabolites de celles-ci ont été détectées.

Cette étude démontre la faisabilité de l'utilisation d'échantillons d'urine communs pour identifier les drogues consommées dans les milieux de vie nocturne. Cette méthodologie pourrait permettre d'obtenir des données objectives sur l'usage de drogue dans ces milieux, en particulier détecter la présence de nouvelles substances psychoactives.

de 12 000 jeunes (de 15 à 24 ans) ont participé à un entretien, a révélé que 5 % des jeunes Européens avaient déjà consommé des «euphorisants légaux», la moitié environ des pays se situant dans une fourchette de 3 à 5 %. Les estimations les plus élevées ont été rapportées par l'Irlande (16 %), suivie par la Lettonie, la Pologne et le Royaume-Uni (près de 10 % dans chacun de ces pays) (Gallup, 2011).

En Espagne, l'enquête nationale 2010 sur la consommation de drogue chez les élèves de 14 à 18 ans a incorporé un module spécial consacré aux drogues émergentes. Les neuf substances étudiées étaient les suivantes: kétamine, «Spice», pipérazines, méphédronne, nexus (2C-B), méthamphétamine, champignons magiques,

«produits chimiques de recherche» et «euphorisants légaux». Dans l'ensemble, 3,5 % des élèves ont déclaré avoir consommé au moins une fois dans leur vie une ou plusieurs de ces drogues (2,5 % pour les douze derniers mois). Des niveaux faibles de produits analogues au «Spice» ont été notés: 1,1 % pour la prévalence au cours de la vie et 0,8 % pour la prévalence au cours des douze derniers mois. La consommation de méphédronne était également très basse dans ce groupe (prévalence de 0,4 % au cours de la vie).

La méphédronne et les «euphorisants légaux» ont été inclus pour la première fois dans une enquête auprès des ménages commune à l'Irlande et à l'Irlande du Nord (Royaume-Uni) menée en 2010/2011, après que la méphédronne a été soumise à contrôle (NACD et PHIRB, 2011). L'échantillon comprenait plus de 7 500 répondants de 15 à 64 ans. En Irlande du Nord, la prévalence au cours de la vie a été estimée à 2 % et la prévalence au cours des douze derniers mois à 1 %, cela à la fois pour la méphédronne et les «euphorisants légaux»<sup>(135)</sup>. La prévalence au cours de la vie était plus élevée chez les personnes de 15 à 24 ans, avec une valeur de 6 % pour la méphédronne et les «euphorisants légaux». En Irlande, les nouvelles substances psychoactives (4 % de consommation au cours des douze derniers mois) occupaient la deuxième place des drogues illicites les plus fréquemment déclarées après le cannabis (6 %). Les niveaux les plus élevés de consommation de nouvelles substances psychoactives au cours des douze derniers mois ont été rapportés par les personnes de 15 à 24 ans (10 %).

Les résultats de l'édition 2010-2011 de l'enquête britannique sur la criminalité (Smith et Flatley, 2011) montrent que, dans la population générale (16 à 59 ans) de l'Angleterre et du pays de Galles, la consommation de méphédronne au cours des douze derniers mois (1,4 %) a atteint un niveau similaire à celui de l'ecstasy. Parmi le groupe des 16 à 24 ans, la prévalence de la consommation de méphédronne au cours des douze derniers mois était égale à celle de la cocaïne en poudre (4,4 %). La plupart des personnes ayant déclaré avoir consommé de la méphédronne au cours des douze derniers mois ont dit de même pour une autre drogue illicite (surtout le cannabis, la cocaïne ou l'ecstasy). Une mise en garde importante pour bien comprendre la signification de ces résultats est que les données de cette enquête ont été recueillies avant et après l'interdiction de la méphédronne.

Un petit nombre d'enquêtes et d'études en ligne, basées sur des échantillons de convenance autosélectionnés, ont été

réalisées afin d'effectuer un suivi de la consommation et de la disponibilité des nouvelles substances psychoactives. En Allemagne, une enquête en ligne sur les «euphorisants légaux» réalisée auprès de 860 répondants ayant déjà pris ces drogues a montré que les mélanges d'herbe étaient les «euphorisants légaux» les plus fréquemment consommés, suivis par les «produits chimiques de recherche», les «sels de bain» et des produits similaires. De même, une étude menée dans des lieux de vie nocturne en République tchèque a permis de constater que les substances végétales étaient les «euphorisants légaux» les plus fréquemment cités, 23 % des 1 099 répondants ayant déclaré avoir consommé de la *Salvia divinorum*. Toujours en République tchèque, une proportion de 4,5 % de 1 091 utilisateurs de l'internet âgés de 15 à 34 ans ont déclaré avoir consommé une nouvelle substance psychoactive.

D'autres études sont, pour une large part, centrées sur l'usage d'un seul type de substance, comme le «Spice», la BZP ou la méphédronne. En 2011, pour la première fois, l'enquête annuelle américaine «Monitoring the Future» en milieu scolaire a fait état d'une prévalence de cannabinoïdes de synthèse parmi des jeunes. Parmi les élèves de dernière année de l'enseignement secondaire, elle a relevé une consommation de produits contenant des cannabinoïdes de synthèse («Spice» et K2) au cours des douze derniers mois légèrement supérieure à 11 %.

L'édition 2011 d'une enquête en ligne sur la drogue réalisée pour le magazine de *clubbing* britannique *Mixmag* et le quotidien *The Guardian* (*Mixmag*, 2012) et qui repose sur des enquêtes *Mixmag* précédentes (OEDT, 2009a, 2010a) a recueilli 15 500 réponses, essentiellement au Royaume-Uni mais également un peu partout dans le monde. En 2010-2011, les niveaux déclarés de consommation de méphédronne au cours des douze derniers mois et au cours du dernier mois étaient trois fois plus élevés parmi les *clubbers* (30 et 13 %) que parmi les *non-clubbers* (10 et 3 %) (*Mixmag*, 2012). Les données provenant d'échantillons autosélectionnés de ce type ne peuvent évidemment pas être considérées comme représentatives de quoi que ce soit; toutefois, de telles études fournissent des indications intéressantes sur la consommation de drogues parmi leurs répondants.

## Réponses aux nouvelles drogues

Dans toute l'Europe, des mesures commencent à être mises en place dans le but de réduire à la fois la demande et l'offre de nouvelles substances psychoactives. Certains

<sup>(135)</sup> En Irlande du Nord, la catégorie «euphorisants légaux» inclut les «party pills», les «euphorisants végétaux», les «party powders», le kratom et la *Salvia divinorum*, tandis qu'en Irlande, elle comprend aussi les mélanges d'herbe à fumer ou l'encens, les sels de bain, les plantes à usage alimentaire ou autres poudres, la menthe magique, la menthe divine ou Sally D, et d'autres nouvelles substances psychoactives mentionnées par le répondant.



### Estimer la psychoactivité

Étant donné le nombre croissant de nouvelles substances rapportées au système d'alerte précoce de l'UE, il devient important d'établir à un stade précoce si les substances en question possèdent des propriétés psychoactives. Des recherches sont menées actuellement sur la possibilité d'utiliser des méthodes peu onéreuses pour prévoir les propriétés des nouvelles drogues (toxicité, pharmacologie et psychoactivité) sans nécessité de réaliser des études expérimentales sur les animaux ou les humains.

L'une de ces techniques en cours d'étude consiste à élaborer des modèles mathématiques permettant de prévoir le comportement des nouvelles substances. Ces modèles sont fondés sur le «principe de similitude», qui suppose que les molécules ayant des structures chimiques étroitement apparentées possèdent des propriétés et une activité psychochimiques similaires. De la sorte, les connaissances relatives à une substance connue sont utilisées pour prévoir les effets d'une substance inconnue.

La possibilité de prévoir le mode d'action de nouveaux composés peu connus semble prometteuse. Dans une étude récente, le potentiel psychoactif du médicament «ostarine» a été évalué grâce à des méthodes informatiques (Mohd-Fauzi et Bender, 2012). Cette analyse comportait deux phases: la première phase a consisté à prévoir si le médicament était susceptible de cibler les protéines connues pour participer aux effets psychoactifs; la seconde phase a exploré la probabilité que la substance pénètre dans le système nerveux central. D'après les résultats de cette étude, l'ostarine n'était pas susceptible de causer des effets psychoactifs chez l'humain.

États membres ont pris des initiatives pour améliorer et accélérer leurs réponses légales aux nouvelles substances et produits psychoactifs et aux entités qui les vendent (voir le chapitre 1).

En 2011, le premier forum pluridisciplinaire international sur les nouvelles drogues a souligné la nécessité de renforcer les réponses basées sur la réduction de la demande de nouvelles substances psychoactives, notamment la prévention, la réduction des risques et le traitement. Toutefois, la disponibilité d'une large palette de composés variables en contenu et en qualité rend plus difficile la tâche qui consiste à présenter des messages clairs relatifs à la prévention ou à la réduction des risques.

Au Royaume-Uni, le service en ligne «Talk to Frank» fournit des renseignements sur les «euphorisants légaux», une aide d'urgence et des informations sur le traitement de la dépendance; en Irlande, des informations sur la prévention et la réduction des risques concernant les nouvelles drogues circulent depuis 2010.

En Pologne, depuis 2008, le Bureau national pour la prévention de la drogue a préparé et lancé trois campagnes de prévention: une campagne menée sur l'internet pour informer le public sur les conséquences et les dangers pouvant découler de l'usage d'«euphorisants légaux»; des réunions entre des parents et des représentants d'écoles au cours desquelles des conseillers ou des enseignants agissaient comme médiateurs pour fournir des informations sur les nouvelles substances psychoactives; et un programme de prévention universelle ciblé sur la population scolaire âgée de 15 à 18 ans et mis en œuvre par des enseignants et des conseillers scolaires.

Le projet «Recreational Drugs European Network» (ReDNet) est une initiative de recherche multisites dont le but est d'améliorer les informations proposées aux jeunes de 16 à 24 ans et aux professionnels concernant les effets des nouvelles drogues «récréatives» et les risques pour la santé qui y sont associés. Ce projet met à profit plusieurs technologies de l'information et de la communication innovantes pour diffuser des informations impartiales auprès de groupes cibles.

Il est nécessaire de mieux comprendre les effets aigus et chroniques que l'usage des nouvelles substances peut avoir sur la santé. Des soins médicaux s'imposent pour remédier aux cas de toxicité aiguë, mais il faut également établir des formations spécifiques pour assurer sur place la gestion médicale des personnes qui deviennent souffrantes dans un lieu récréatif, ainsi que des lignes directrices déterminant à quel moment il convient d'appeler les services d'urgence préhospitaliers. Néanmoins, étant donné les similitudes entre ces substances et les amphétamines et la MDMA, des stratégies de gestion apparentées aux réponses thérapeutiques données à ces drogues plus connues seraient probablement utiles pour les consommateurs de certains types de nouvelles substances psychoactives.

Le traitement dispensé aux personnes qui ont consommé de nouvelles substances psychoactives et recherchent une aide formelle est surtout basé sur le soutien. Par ailleurs, il y a peu d'informations disponibles sur ce qu'est un traitement psychosocial approprié pour les usagers des «euphorisants légaux». Au Royaume-Uni, une clinique pluridisciplinaire spécialisée pour les consommateurs de drogue en discothèques, y compris les «euphorisants légaux», est en phase pilote. Elle propose diverses réponses, notamment des interventions de courte durée, des thérapies pharmacologiques et un soutien planifié en matière de traitement, qui se traduisent par de bons niveaux de maintien en traitement et des résultats positifs.







## Références <sup>(136)</sup>

- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., e.a. (2008), «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47, p. 931-934.
- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Londres (disponible en ligne).
- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2011), *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. Drug statistics series n° 25, AIHW, Canberra.
- Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, Independent Report, Her Majesty's Government, Londres (disponible en ligne).
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. et Davoli, M. (dans la presse), «Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., et Vecchi, S. (2011), «Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), p. CD004147.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S., et Wood, D. (2012), «Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs», *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, p. 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A., et Cartwright, J. L. (2012), «Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis», *BMJ* 344, p. e536.
- Bellerose, D., Carew, A. M., et Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (disponible en ligne).
- Berkowitz, B., et Spector, S. (1972), «Evidence for active immunity to morphine in mice», *Science* 178, p. 1290-1292.
- Bretteville-Jensen, A. L., et Skretting, A. (2010), «Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users», *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, p. 5-16.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J., e.a. (2009), «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, p. 171-178.
- Cadums (2010), *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogue 2009*, Santé Canada, direction des substances contrôlées et du tabac (disponible en ligne).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W., e.a. (2010), «Systematic review of prospective studies investigating «remission» from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence», *Addictive Behaviors* 35, p. 741-749.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A., e.a. (2009), «Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people», *Traffic Injury Prevention* 10, 162-169.
- CDC (2009), «Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009», *HIV Surveillance Report* 21, tableau 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (disponible en ligne).
- Commission européenne, direction générale de la fiscalité et de l'union douanière, direction générale des entreprises et de l'industrie (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (disponible en ligne).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A. M., e.a. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (disponible en ligne).
- Conseil de l'Union européenne (2009), décision du Conseil instituant le comité permanent de coopération opérationnelle en matière de sécurité intérieure, 16515/09.
- Conseil européen (2010), *Stratégie de sécurité intérieure pour l'Union européenne — Vers un modèle européen de sécurité*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- Day, E., et Strang, J. (2011), «Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial», *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, p. 56-66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W., et Broekaert, E. (2010), «Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature», *International Journal of Drug Policy* 21, p. 364-380.

<sup>(136)</sup> Des liens hypertextes menant vers les sources en ligne sont disponibles dans la version PDF du rapport annuel, qui peut être téléchargée sur le site de l'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

- Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, p. 421-447.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C., et Purchase, D. (2009), «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104, p. 1441-1446.
- Dvorsek, A. (2006), «Relations between criminal investigation strategy and police management», *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), p. 235-242.
- ECDC et Bureau régional pour l'Europe de l'OMS (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm (disponible en ligne).
- ECDC et OEDT (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC et OEDT Joint guidance, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Stockholm (disponible en ligne).
- Escot, S., et Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances n° 68, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris.
- Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases – final results*, Eurojust, La Haye (disponible en ligne).
- Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P., e.a. (2010), «Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample», *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, p. 181-192.
- Fox, B. S., Katak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K., e.a. (1996), «Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models», *Nature Medicine* 2, pp. 1129-1132.
- Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L., et Jurystova, L. (2012), «Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic», *Drug and Alcohol Dependence* (disponible en ligne).
- Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Eurobaromètre Flash n° 330 (disponible en ligne).
- Hall, W., et Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, p. 1383-1391.
- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J., e.a. (2005), «Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers», *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, p. 456-457.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R., et Gold, J. (2009), «Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence», *Clinical Infectious Diseases* 49, p. 561-573.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., et Liddle, H. A. (2010), «Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), p. 885-897.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Suède.
- Hoare, J., et Moon, D. (éd.) (2010), «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponible en ligne).
- Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., et White, J. (2012), «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* 102, p. 122-125.
- HPA (Health Protection Agency) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, Londres (disponible en ligne).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B., e.a. (2011), «A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries», *Addiction* 107, p. 957-966.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., et Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2011, Volume I, Secondary school students*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor (disponible en ligne).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P., e.a. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Department of Health (disponible en ligne).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M., et Batki, S. L. (2010), «Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, p. 578-592.
- Kirby, S., Quinn, A., et Keay, S. (2010), «Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders», *Drugs and Alcohol Today* 10, p. 13-19.
- Lee, N. K., et Rawson, R. A. (2008), «A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Review* 27, p. 309-317.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., et Greenbaum, P. E. (2009), «Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, p. 12-25.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S., et White, J. M. (2010), «Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence», *Addiction* 105, p. 146-154.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K., et Kosten, T. R. (2005), «Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence», *Biological Psychiatry* 58, p. 158-164.

- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J., et Hickman, M. (2011), «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility», *Journal of Hepatology* 54, p. 1137-1144.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., e.a. (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, p. 1014-1028.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J., et Strang, J. (2011), «Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging», *International Journal of Drug Policy* 22, p. 9-15.
- McIntosh, J., Bloor, M., et Robertson, M. (2008), «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, p. 37-45.
- Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J., e.a. (dans la presse), «Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development», *European Addiction Research*.
- Merrall, E. L., Bird, S. M., et Hutchinson, S. J. (2012), «Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996-2006: record-linkage study», *International Journal of Drug Policy* 23, p. 24-32.
- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., et Verster, A. (2011), «Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), p. CD001333.
- Mixmag (2012), *Mixmag-Guardian drugs survey* (disponible en ligne).
- Mohd-Fauzi, F., et Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, University of Cambridge (disponible en ligne).
- NACD et PHIRB (National Advisory Committee on Drugs et Public Health Information and Research Branch) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (disponible en ligne).
- OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Question particulière, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2007b), *Drogue et criminalité: une relation complexe*, Objectif drogues, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2009a), *Rapport annuel 2009: État du phénomène de la drogue en Europe*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2009b), *La polyconsommation: modèles et réponses*, Question particulière, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- OEDT (2010a), *Rapport annuel 2010: État du phénomène de la drogue en Europe*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, monographie, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010c), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2010d), *Treatment and care for older drug users*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en ligne).
- OEDT (2011a), *Rapport annuel 2011: État du phénomène de la drogue en Europe*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2011b), *European drug prevention quality standards*, manuel, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, Question particulière, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg (disponible en en ligne).
- OEDT (2011d), *Réagir aux nouvelles substances psychoactives*, Objectif drogues 22, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Insights, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insights, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
- OEDT (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators (CT.10.EPI.070.1.0)*, OEDT, Lisbonne (disponible en ligne).
- OEDT et ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Office des publications de l'Union européenne (disponible en ligne).
- OEDT et Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, publications conjointes OEDT-Europol, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

- OEDT et Europol (2011), *EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (disponible en ligne).
- OICS (Organe international de contrôle des stupéfiants) (2012a), *Précurseurs et produits chimiques fréquemment utilisés dans la fabrication illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Nations unies, New York (disponible en ligne).
- OICS (2012b), *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2011*, Nations unies, New York (disponible en ligne).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2011), *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle — Orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- ONUDC (2009), *Rapport mondial sur les drogues 2009*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2010), *Rapport mondial sur les drogues 2010*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime et gouvernement afghan.
- ONUDC (2011b), *Rapport mondial sur les drogues 2011*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- ONUDC (2012), *Rapport mondial sur les drogues 2012*, Office des Nations unies contre la drogue et le crime, Vienne.
- Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B., et Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten, Pays-Bas.
- Polosa, R., et Benowitz, N. L. (2011), «Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments», *Trends in Pharmacological Sciences* 32, p. 281-289.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E., e.a. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, p. 147-155.
- Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Royaume-Uni.
- Reynaud-Maurupt, C., et Hoareau, E. (2010), «Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers "cachés"», *Trends*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis (disponible en ligne).
- Richter, C., Romanowski, A., et Kienast, T. (2009), «Gamma-hydroxybutyrate (GHB)-abhängigkeit und entzug bei vorbestehender alkoholabhängigkeit», *Psychiatrische Praxis* 36, p. 345-347.
- Rosen, H. R. (2011), «Clinical practice: chronic hepatitis C infection», *New England Journal of Medicine* 364, p. 2429-2438.
- Samhsa (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponible en ligne).
- Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A., et Gallegos, A. (2011), «PMMA in 'ecstasy' and 'legal highs'», *BMJ* (disponible en ligne).
- Serious Organised Crime Agency (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.
- Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J., e.a. (2001), «Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence», *Addiction* 96(9), p. 1289-1296.
- Shen, X., Orson, F. M., et Kosten, T. R. (2011), «Anti-addiction vaccines», *F1000 Medicine Reports* 3, p. 20.
- Smith, K., et Flatley, J. (2011), «Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales», *Statistical Bulletin*, UK Home Office.
- Steinberg, L. (2008), «A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking», *Developmental Review* 28, p. 78-106.
- Stock, J., et Kreuzer, A. (1998), «Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht», *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, p. 1028-1100.
- Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K., e.a. (2012), «Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin», *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, p. 865-875.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E., et Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, p. 381-395.
- Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S., Covaci, A., Emke, E., e.a. (dans la presse), «Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis», *Science of the Total Environment*.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O., e.a. (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, p. 160-162.
- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandeveld, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V., et Littera, L. (2011), «De CRA+vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?», *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, p. 1-69.

- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., e.a. (2009), «Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, p. 143-151.
- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G., et Vergouwen, T. A. (2009), «Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known», *General Hospital Psychiatry* 31, p. 394-396.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M., et Wiessing, L. (2010), «Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction* 105, p. 311-318.
- Vocci, F. J., et Montoya, I. D. (2009), «Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence», *Current Opinion in Psychiatry* 22, p. 263-268.
- Weinstein, A. M., et Gorelick, D. A. (2011), «Pharmacological treatment of cannabis dependence», *Current Pharmaceutical Design* 17, p. 1351-1358.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M., et Cowan, S. A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13(21) (disponible en ligne).
- Wilkinson, R., et Pickett, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, Londres.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., e.a. (2011), «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010», *European Neuropsychopharmacology* 21, p. 655-679.
- Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A., et Dargan, P. I. (2012a), «Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine», *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, p. 853-856.
- Wood, D. M., Measham, F., et Dargan, P. I. (2012b), «Our favourite drug: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control», *Journal of Substance Use* 17, p. 91-97.



Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

**Rapport annuel 2012: état du phénomène de la drogue en Europe**

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

2012 — 111 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-542-4

doi:10.2810/6532

## **Comment vous procurer les publications de l'Union européenne?**

### **Publications gratuites:**

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne.  
Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu> ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

### **Publications payantes:**

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### **Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):**

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm)).

## À propos de l'OEDT

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) est l'un des organes décentralisés de l'Union européenne. Créé en 1993 et siégeant à Lisbonne, il constitue la source principale d'informations approfondies sur les drogues et la toxicomanie en Europe.

L'OEDT collecte, analyse et diffuse des informations factuelles, objectives, fiables et comparables sur les drogues et la toxicomanie. Ce faisant, il offre à son public une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe fondée sur des faits probants.

Les publications de l'Observatoire constituent une des principales sources d'information pour un public très diversifié, comprenant des décideurs et leurs conseillers, des professionnels et des chercheurs travaillant dans le domaine de la toxicomanie et, plus largement, les médias et le grand public.

Le présent rapport présente la vue d'ensemble annuelle de l'OEDT sur l'état du phénomène de la drogue dans les États membres de l'UE; il constitue un ouvrage de référence essentiel pour ceux qui recherchent les dernières découvertes en matière de drogue en Europe.



Office des publications

